

どちらかを○で
囲んでください。

傷病手当金 請求書(退職者用)

現職時の番号を記入

任意継続組合員		国民健康保険加入者	
氏名	東京 一郎	組合員証番号	0 8 7 6 5 4 3 2 (枝番) 0 0
資格取得日	昭和 30 年 4 月 1 日	請求期間	令和 6 年 3 月 1 日から
資格喪失日	令和 5 年 3 月 31 日		令和 6 年 3 月 31 日まで
勤務できなくなった最初の日	昭和 4 年 11 月 4 日	年金等を受給している場合は必ず記入してください。	
傷病手当金の算定の基礎となる平均標準報酬月額 月額 ￥ 340,000	障害共済(厚生)年金又は退職共済(老齢厚生)年金の額	1,017,500 円	令和5年 4月 支給開始改定
	障害基礎年金又は老齢基礎年金の額	780,100 円	令和5年 4月 支給開始改定
	障害一時金(障害手当金)の額	円	年 月 日支給
公務災害について	<input type="checkbox"/> 公務災害の申請中または、申請予定である。(申請予定、申請中の場合は必ず✓を付けてください。)		
介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証を持っている場合は記入してください。	被保険者番号	保険者の名称

●太線枠内は記入しないでください。

医療機関で記入する欄
(本人は記入しないでください)

療養のため就労できないことに関する医師の証明	
患者氏名	東京 一郎 平成 5 年 5 月 15 日生
傷病名	○○○○○ 症状及び経過 (初診日 令和 4 年 年 11 月 1 日) 退職日以降引き続き○○○の療養のため、……、 労務不能であった。
就労不能と認めた期間	令和 6 年 3 月 1 日から令和 6 年 3 月 31 日まで
医療機関の名称及び所在地	○○区○○○1-1-1 令和 6 年 4 月 1 日 ○○病院 電話 03-○○○○-○○○○ 医師署名 新宿 次郎

請求期間と一致
させてください。

請求期間の
末日の翌日以降
(末日は不可)

上記のとおり請求します。	公立学校共済組合東京支部長 殿 醫師の証明日と同日か翌日以降 請求者 住所 ○○区○○○2-2-2 令和 6 年 4 月 2 日 署名 東京 一郎 (自署)			
労務不能日	年 月 日	休職開始日	年 月 日	共済組合受付
支給開始日	請求者が自署のうえ、請求書は原本を提出してください。月単位で請求書の提出が必要になるため、初回のみ原本、次月以降はコピーで提出されるケースが散見されます。コピーは受付できませんのでご注意ください。			円
給付日数				
給付決定金額				

[チェックリスト]	組合員 チェック欄	※必ずチェックリストの 事項を確認し、チェック 欄に✓を入れて提出して ください。
必要事項はすべて記入されているか。	✓	
請求期間は月単位となっているか。(月をまたぐ場合は請求書を月ごとに分けて提出してください。)	✓	
「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」の日付は、請求する期間の最後の日の翌日以降になっているか。 ※請求する期間の最後の日では不可。(令和6年1月31日までの請求をする場合、医師の証明の日付は令和6年2月1日以降)	✓	
組合員署名欄は自署か。(コピー等になってはいないか)	✓	
医師の証明日≦組合員署名日となっているか。	✓	
年金等を受給している場合、年金額を記入しているか。 また、年金等を受給している場合、年金額や改定履歴が記載されている証書や通知の写しを添付してあるか。 ※年金等を受給しているにも関わらず、正確に申告しなかった場合、併給した分を遡って一括返還していただきます。	✓	

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和6年1月)