

<記入例>

傷病手当金 請求書(退職者用)

どちらかを○で
囲んでください。

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 4 年 4 月 1 日	請求期間	令和 4 年 3 月 1 日から
資格喪失日	令和 3 年 3 月 31 日		令和 4 年 3 月 31 日まで
勤務できなくなった最初の日	昭和 1 年 11 月 4 日	年金等を受給している場合は必ず記入 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 事前審査後のお知らせに記載している日付	月額 ￥ 340,000 事前審査後のお知らせに記載している額	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3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3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
介護保険被保険者証	介護保険被保険者証を持っている場合に記入	被保険者番号	保険者の名称

医療機関で記入する欄
※本人は記入しない。

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 昭和 43 年 5 月 15 日生
傷病名	症状及び経過 (初診日 平成 29 年 11 月 1 日)という症状があり、.....といった加療中であり、 退職日以降も引き続き〇〇〇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 4 年 3 月 1 日から令和 4 年 3 月 31 日まで
医療機関	〇〇区〇〇〇1-1-1 令和 4 年 4 月 1 日
電話	〇〇病院 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医師署名 新宿 次郎

請求期間の
末日の翌日以降
(末日は不可)

組合員署名	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 請求者 令和 4 年 4 月 2 日 医師の証明日と同日か翌日以降 住所 〇〇区〇〇〇2-2-2 署名 東京 一郎
-------	--

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	年 月 日	給付区分	法定	
給付日数	日間	控除金額	@ 円	
給付決定金額	円 (@ × 日)			

[注意事項]

- 1 月単位で請求してください。
- 2 「療養のため就労できないことに関する医師の証明」は、請求する期間の最後の日の翌日以降に証明を受けてください。請求する期間の最後の日では不可となります。
- 3 「療養のため就労できないことに関する医師の証明」欄は医師が記入する欄となります。誤記があった場合は、医師の訂正が必要です。
- 4 年金等を受給している方は、傷病手当金との調整が必要になりますので、必ず記入してください。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させていただきます。年金等を受給している方は、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ください。

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4年1月)

●太線枠内は記入不要