

傷病手当金請求書

傷病手当金請求書		※決定額		傷病手当金		円											
傷病手当金附加金				傷病手当金附加金		円											
組合員証 記号番号	公立鳥取		所属所	所在地													
組合員氏名			性別		生年月日	昭和 平成	年 月 日										
標準報酬の 等級及び月額	級 円		資格取得年月日		昭和・平成・令和 年 月 日												
			資格喪失年月日		令和 年 月 日												
傷病名			入院期間		年 月 日から 年 月 日まで												
発病年月日	平成 年 月 日		勤務できなくなった最初の日		平成 令和 年 月 日												
療養のため勤務できないことに関する 医師の意見書 ※ できるだけ詳しく記入してください。		住所 医師 医療機関名 氏 名															
請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		請求金額		円												
障害厚生年金	支給額	円		支給開始年月		年 月											
障害基礎年金	支給額	円		支給開始年月		年 月											
退職（老齢）年金	支給額	円		支給開始年月		年 月											
障害手当金	支給額	円		支給年月日		年 月 日											
介護保険 被保険者証 (介護保険法による給付を受けた場合)	保険者番号		被保険者番号				保険者の名称										
支給対象日（日数 日）		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
（該当日に○印を付する）		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合鳥取支部長 様 令和 年 月 日 請求者 住所 氏 名																	

1 障害基礎年金受給者にあつては、国民年金証書の写しを添付してください。
2 ※印欄は記入しないでください。