

傷病手当金(同附加金)請求書

所屬所受付印	共済組合受付印

所属所コード				組合員等記号番号				組 合 員 氏 名											
				記号		番号													
				公 立 富															
組合員資格 取得年月日				昭和 平成 年 月 日 令和				資格喪失年月日				平成 年 月 日 令和							
傷 病 名								発病年月日				平成 年 月 日 令和							
支給開始 年月日				平成 年 月 日 令和				勤務できなくなった 最初の日				平成 年 月 日 令和							
標準報酬月額								請求日数				請求金額							
等級		級 円						日				円							
請求期間 (暦月単位でご請求ください)				令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日															
介護保険法による 医療の給付を受けたとき				保険者番号				保険者の名称				被保険者番号							
老齢・障害 年金受給権 の有無		☐ 受給権あり→ ☐ 請求中/予定 ☐ 受給権なし		☐ 老齢厚生(退職共済)年金又は障害厚生(共済)年 ☐ 老齢基礎年金又は障害基礎年金 基礎年金番号 又は 〔 〕 年金証書番号 〔 〕								通勤に係る休業 補償又は傷病 補償年金等の 受給の有無		☐ 受給あり/請求中 ☐ 受給なし 〔 受給している場合は、傷病手当金の 全部又は一部が支給されません。 〕					
療養のために 勤 務 不 能 で あったことに 関する医師の 証 明 (医師に記入を依 頼してください。)		傷病名																	
		上記の傷病に より勤務不能 であった理由																	
		請求期間について、上記のとおり勤務不能であったことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 医師 住所 氏名 印																	
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 住所 氏名(自署)																			
※ 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。																			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属所名 所属所長職氏名																			

添付書類及び記入方法について、裏面の「注意事項」を必ずお読みください。

R8.8

共済組合記入欄(この欄は記入しないでください。)								
決定金額	☐ 傷病手当金 ☐ 傷病手当金 附加金		控除額		短 期	福 祉	介 護	子 ども
					円	円	円	円
					厚生年金	退職等年金	貸 付	
					円	円	円	

注 意 事 項

《添付書類》

請求書に次の書類を添付してご提出ください。

摘 要	添 付 書 類
必須書類 (所属所長または所属所の給与事務担当者が記入)	請求期間(月)に係る「報酬支給額証明書」 (支給額が0円であっても必ず添付してください)
傷病手当金から掛金等の控除を希望するとき (初回請求時のみ)	共済掛金控除依頼書
初回請求時のみ	所属所長の原本証明がされた過去3年分の出勤簿の写し
年金受給権がある方 (支給停止になっている場合を含む)	年金証書又は最新の年金額決定・改定通知書の写し
介護保険法による医療の給付を受けたとき	介護保険被保険者証の写し
請求期間が任意継続組合員又は退職後の期間である場合(請求書1枚につき1枚の添付)	「資格確認書」の写し又はマイナポータルにおける「医療保険の資格情報」(当該資格確認情報の保存日時が請求書の提出日以前1月以内のものに限る)をプリントアウトしたもの

《請求書記入上の注意事項》

- 注1 「資格喪失日」は、退職後に請求する場合に「退職日の翌日」を記入してください。
- 注2 「勤務できなくなった最初の日」には、休暇・休職の別を問わず傷病により勤務できなくなった最初の日を記入してください。
- 注3 請求書は月単位で作成してください。(月途中から支給開始する場合は月途中から支給開始月の末日までで1枚)
- 注4 「勤務不能であったことに関する医師の証明」は、請求期間の最終日以降に証明を受けてください。
- 注5 請求期間が任意継続組合員又は退職後の期間である場合、所属機関の長の証明は不要です。

《その他》

- ・ 老齢年金又は障害年金を受給している方は、傷病手当金との調整が必要となりますので、必ず記入してください。
なお、傷病手当金と老齢年金又は障害年金の両方受給していた期間がある場合は、傷病手当金を返還していただくことになります。
- ・ 傷病手当金から共済掛金等の控除を希望しない場合は、追って掛金の納付額等についてご案内します。
(毎月、期日までにご自身で納付していただくことになります。)
- ・ 組合員資格喪失後の傷病手当金について、附加金(原則支給開始から1年6月経過後)の支給はありません。
- ・ 公務員災害補償等の適用を受ける場合は、傷病手当金との調整が必要となりますので、支給状況等について別途確認させていただきます。

傷病手当金(同附加金)請求書
<記入例>

所属所受付印	共済組合受付印
所属所受付印	

所属所コード	組合員等記号番号		組合員氏名	
記号	番号			
〇〇〇学校	公立 富	公立 花子	公立 花子	
1 2 3 4	1 2 3 4 5 6			
組合員資格 取得年月日	昭和 平成 〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失年月日	平成 令和 年 月 日	
傷 病 名	〇〇〇〇病による〇〇〇症	発病年月日	平成 令和 年 〇 月 〇 日	
支給開始 年月日	平成 令和 年 〇 月 〇 日	勤務できなくなった 最初の日	平成 令和 年 〇 月 〇 日	
標準報酬月額		請求日数	請求金額	
等級	〇〇 級	〇〇〇,〇〇〇 円	〇〇 日	
請求期間 (暦月単位でご請求ください)	令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日			
介護保険法による 医療の給付を受けたとき	保険者番号	保険者の名称	被保険者番号	
老齢・障害 年金受給権 の有無	☐ 受給権あり→ ☐ 請求中/予定 ☒ 受給権なし			
☐ 老齢厚生(退職共済)年金又は障害厚生(共済)年 ☐ 老齢基礎年金又は障害基礎年金 基礎年金番号 又は 年金証書番号		通勤に係る休業 補償又は傷病 補償年金等の 受給の有無	☐ 受給あり/請求中 ☒ 受給なし 〔 受給している場合は、傷病手当金の 全部又は一部が支給されません。 〕	
療養のために 勤務不能で あったことに 関する医師の 証 明 (医師に記入を依 頼してください。)	傷病名	〇〇〇〇病による〇〇〇症		
	上記の傷病に より勤務不能 であった理由	(勤務不能である理由(症状の経過、復職までの見 込み等)を詳しく記入してください。)		
	請求期間について、上記のとおり勤務不能であったことを証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院 医師 住所 〇〇市〇〇 〇番地〇〇号 氏名 富山 太郎 (富山)			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合富山支部長 殿 令和 〇 年 〇 月 〇 日 医師の証明日以降に 請求日を記入 請求者 住所 富山市富山町1番地2号 氏名(自署) 公立 花子 ※ 請求者氏名は自署してください。コピーは不可。				
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 所属所名 〇〇市立 〇〇〇学校 所属所長職氏名 校長 共済 学				

添付書類及び記入方法について、裏面の「注意事項」を必ずお読みください。 R8.8

共済組合記入欄(この欄は記入しないでください。)							
決定金額	☐ 傷病手当金	控除額	円	短期	福祉	介護	子ども
				円	円	円	円
	☐ 傷病手当金 附加金			厚生年金	退職等年金	貸付	
			円	円	円	円	