

傷病手当金請求書

初回・2回目以降※

組合員等記号・番号	組合員氏名・生年月日 (S・H 年 月 日 歳)	所属機関 (及び所在地)
資格取得年月日 年 月 日	資格喪失年月日 (退職日の翌日) 年 月 日	標準報酬月額 (算定の基礎となる額) ※
傷病名	発病年月日 年 月 日	勤務できなくなった最初の日 年 月 日
療養のために休んだ期間 (請求期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		請求額 円※
上記傷病は、公務、労働又は通勤災害によるものですか？		はい・いいえ
「はい」の場合、地方公務員災害補償法に規定された休業補償等の申請をしていますか？		はい・いいえ
過去に上記傷病と同一又は因果関係のある傷病により、共済組合から傷病手当を受けたことがありますか？		はい・いいえ 継続受給中

年金等の受給状況

☆1 ☆3…傷病手当金日額と調整 ☆2…☆1がある場合調整 ☆4…退職後給付のみ調整 ☆5…調整規定なし

年金等の種類	受給状況	支給開始年月	支給年額 (円)
障害厚生 (共済) 年金 ☆1	なし・あり・請求中	年 月	
障害基礎年金 ☆2	なし・あり・請求中	年 月	
障害手当金 ☆3	なし・あり・請求中	年 月	
老齢厚生 (退職共済) 年金 ☆4	なし・あり・請求中	年 月	
その他の老齢年金 ☆4	なし・あり・請求中	年 月	
介護保険法による給付がある場合 ☆5	保険者番号: 被保険者番号: 保険者の名称:		
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 住所 年 月 日 請求者 氏名 (自署)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長			

- この請求書は、請求期間の翌月以降に請求者欄までを記入し、下表の書類を添付して提出してください。
- ※の欄が不明なときは記入不要です。所属所長欄は、所属所の共済組合事務担当課において証明を行います。
- 請求者 (通常は組合員) が自署できない場合は、代理人が請求者氏名及び代理人氏名を連名で自署してください。
組合員等記号・番号が不明なため該当欄に記入できない場合は、共済組合が定める「個人番号申告票」の添付に代えることができます。

添付書類	備考
◎ 「療養のため勤務できないことに関する医師の証明書」	◎ 毎回の請求時に必要
○ 「傷病手当金の請求にあたっての確認及び同意事項 (同意書)」	○ 初回のみ必要
△ 同意事項に同意しない場合、年金の決定通知・医師の追加証明等	△ 必要に応じて提出
● 傷病手当金・支給日数等確認書 (所属所作成) ● 報酬支給額証明書 (") ▲ 出勤簿の写し (")	● 初回及び在职期間に対する請求に必要 ▲ 初回、復職時及び復職後の休職時等に必要 (休職が連続している間は省略可)

※共済組合使用欄	支給開始日: 年 月 日	照会同意	有・無
傷病手当金日額	算定の基礎となる標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満四捨五入) = A A × 2 / 3 (円未満四捨五入) = 傷病手当日額 円 (調整前)		
共済組合受付印	決定してよろしいか	給種	枝番
	課長	210	年月
	担当		日数
			決定額