

記入例

傷病手当金請求書 (第 1 回)

課長	主幹・副主幹	係員	主任
※ 決定額			
			円

【所属・組合員証番号】
組合員証の記号と番号を右詰で記入してください。
※記号の漢字と枝番は不要です。

【資格取得日】
共済組合の資格を取得した日を記入してください。

【請求期間】
暦月単位で記入してください。

【年金受給の有無】
有の場合は、受給している年金の総額を年額で記入し、金額が確認できる振込通知書等の写しを添付してください。

【公務災害等に係る休業補償等】
災害補償基金や労災等から公務災害等に係る休業補償や傷病補償年金等の受給有無を選択してください。
有の場合は、支払機関名を記入してください。

【請求者の署名】
請求年月日、住所、氏名を記入してください。

【所属所長の証明】
請求期間が在職中の期間の場合、または請求期間が退職後であっても、初回請求の場合は、所属所の共済事務担当課へ提出してください。

給付種別	2 1 0	※ 暦月ごとに作成してください。 ※ 請求者は本枠内を必ず記入してください。	
所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額
9 9	9 9 9 9	共済 太郎	152,698 円
資格取得年月日	資格喪失年月日	勤務できなくなった最初の日	支給開始月以前12ヶ月の平均標準報酬の月額
年号 年 月 日 平4 2 5 0 4 0 1	年号 年 月 日 平4 0 4 0 1 1 1	年号 年 月 日 平4 0 4 0 1 1 1	360,000 円
請求期間		※ 支給開始及び満了期間	
年号 年 月 日 平4 0 5 0 4 1 1	年号 年 月 日 平4 0 5 0 4 3 0	年号 年 月 日	年号 年 月 日
年金受給の有無	受給している年金の種類	受給開始年月日	受給年金額
有・無	退職老齢・障害・障害手当金	年号 年 月 日 平4 0 2 0 4 0 1 1 5 0 0 0 0 0	円
公務災害等に係る休業補償、傷病補償年金等の支給（支給予定を含む）		有・無	実施機関
傷病手当金の受給歴 ※初回請求時のみ		有・無	実施機関
			傷病手当金 給付中心
(1) 傷病名		発病年月日	年 月 日
		初診年月日	年 月 日
(2) 療養のため勤務不能と認められた期間（当該期間は暦月ごとに記載してください。なお、初回請求時は勤務不能と認められた当初からの期間を記載してください。）			
(3) 現在の主たる症状、治療内容、検査結果、療養指導 等			
(4) 症状経過からみて従来の職種について勤務不能と認められた医学的な所見			
(5) 労務可能の見込み時期		年 月 日頃	
療養のため勤務できないことに関する医師の証明		年 月 日	医療機関の所在地及び名称
			医師氏名
上記のとおり請求します。			
神奈川県市町村職員共済組合理事長 様			
令和〇〇年〇月〇日		住所	横浜市中区山下町75番地
		組合員氏名	共済 太郎
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和〇〇年〇月〇日		職名	〇〇市長
		所属所長氏名	〇〇〇〇

【請求金額】
請求金額を記入してください。不明な場合は記入しなくても構いません。

【支給開始月以前12ヶ月の平均標準報酬の月額】
支給開始月以前の継続した12ヶ月の標準報酬月額を平均した額を記入してください。

【勤務できなくなった最初の日】
今回の傷病で療養（病気）休暇を取り始めた日を記入してください。
療養（病気）休暇を取得していない場合は、今回の傷病で医師の指示により初めて勤務を休んだ日を記入してください。

【傷病手当金の受給歴】
傷病手当金の受給歴について、有無を選択してください。
有の場合は、その時加入していた健康保険組合名を記入してください。

【療養のため勤務できないことに関する医師の証明】
労務可能の見込み時期を含めて、必ず全ての項目を記入してもらうようにしてください。
※記入漏れは返戻対応となり、医師による追記が必要となります。

- この請求書には、別途「報酬支給額証明書」に所属所長又は給与事務担当者の証明を受け、必ず添付して提出してください。なお、初回請求時には、「勤務できなくなった最初の日」からの証明を受けてください。
- 年金を受給している場合は、年金振込通知書等の写しを添付してください。
- ※欄は記入しないでください。