

# 傷病手当金請求書

(令和 年 月休業分・第 回目)

局長	課長	係長	係		決 定 額	傷病手当金	※	
<b>課長 専決</b>								円
組合員証 記号		番号		組合員氏名		所属機関名		
資格取得年月日		昭・平・令 年 月 日		資格喪失年月日		平・令 年 月 日		
年金受給の有無 (□にレ点を記入)		<input type="checkbox"/> 有(注1) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手続き中 (注1)年金の種類等を記入 年金の種類 ( ) 年金額 ( 円 )		傷病手当金 支給開始日		平・令 年 月 日		
【【注意】の3及び4参照】				傷病手当金支給開始前 の組合員期間1年以上		有・無		
請求期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
標準報酬月額		第 等級		請求額		(別紙、報酬支給額証明書の給付決定額)		
		円		円		円		
介護保健法の給付を受けていたとき		保険者番号		保険者番号		保険者番号		
<b>【療養のために勤務できないことに関する医師の証明】</b>								
傷病名				発病年月日		平・令 年 月 日		
				勤務できなくなった最初の日		平・令 年 月 日		
労務不能と認められた期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで						
症状経過からみて 労務不能と認められた医学的所見								
上記のとおり相違ありません。								
		令和 年 月 日		所在地 名称 医療機関 電話番号 医師の氏名				
上記のとおり請求します。 鹿児島県市町村職員共済組合理事長 殿 令和 年 月 日 住所 請求者 氏名						共済組合受付印		
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 職名 所属所長 氏名								

**【注意】**

1. この請求書は「報酬支給額証明書」との2枚1組です(所属所長等の証明・発行)。
2. 月単位で請求してください(例: 4月の休業分を5月請求→6月に支給)。
3. 年金が支給されるときは、調整して支給(減額)することになる場合がありますので「年金受給の有無」の欄は必ず記入してください。なお、年金が遡って支給され、傷病手当金と重複する場合も調整が必要です(返納が必要な場合があります)。
4. 年金の支給が決定した場合は年金証書の写しを、年金額の改定が通知された場合は年金額改定通知書の写しを添付してください。
5. 提出期限: 毎月15日必着(休業した月の翌月の請求)。
6. ※欄は記入しないでください。