

組合員期間が12月未満の場合

傷病手当金 請求書
傷病手当金附加金

決定額	法定給付							円
	附加給付							円
	計							円

組合員証番号 1 2 3 4 5 6	組合員氏名 給利 花子	請求期間 平成□△年☆月○日 から 平成□△年☆月○×日 まで	請求金額 16,560円
資格取得年月日 昭和 ○○年 △月 ×日 平成	休職発令年月日 平成 □□年△月○日	勤務できた最初の日 平成 □□年×月○日	
資格喪失年月日 平成 △△年 ×月 □日			
老齢障害 年金の額 円	老齢障害 年金の支給開始年月 平成 年 月		
障害一時金 障害手当金の額 円	障害一時金 障害手当金の支給年月日 平成 年 月 日		
療養のため勤務(労務)できないことに関する医師の証明(具体的に記入してください。)	傷病名 うつ病	発病(初診年月日) 昭和 △□年 ○月 ☆日 平成	
	症状及び経過 平成○△年□×月について、不安、意欲低下が認められ、----- -----ので、 勤務できる状態でない。		
	平成□△年 ×月 ○日	TEL 073-4××-○○○○	
	住所 和歌山市小松原通□□-××	氏名 医療 太郎 (医療印)	
上記のとおり請求します。	公立学校共済組合和歌山支部長 様	請求者住所 海南市重根ノ ××	直筆でお願いします。 ××
平成 □△年 ☆月 ☆☆日	氏名 給利 花子 (給利印)		
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。	所属所名 ○○小学校	所属所長 職氏名 校長 公立 金男	○○小学校長印 (印)
平成 □△年 ☆月 ☆□日	TEL 073-4□□-△△△△		

【添付書類】

初回請求時

- ・ 傷病手当金試算シート(入力画面及び結果画面) (公立学校共済組合和歌山支部HPの様式・記入例参照)
- ・ 年金額(最新)のわかるものの写し(同一の傷病による障害給付又は老齢給付の年金受給者)
- ・ 傷病手当金と年金との調整に関する承諾書(同シート内)
- ・ 平成27年10月以降の病気休暇及び普通休職中の給与支給明細書の写し
- ・ 人事異動通知書(休職発令・無給休職発令)の写し

毎請求時

- ・ 給与支給状況証明書(同シート内)
- ・ 請求月の給与支給明細書の写し(給与が支給されていない場合は不要)

傷病手当金と年金との調整に関する承諾書

傷病手当金と同一傷病による障害共済（厚生）年金または退職共済（老齢厚生）年金を両方受けることはできません。

・障害共済（厚生）年金等が優先して支給されるため、傷病手当金の支給額が調整されます。

・特に障害共済（厚生）年金は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、障害共済（厚生）年金よりも傷病手当金が先行して支給されます。この場合、傷病手当金の過払い分を後日返納いただくこととなります。

以上のことを踏まえて、いずれか該当するものをお選びください。

傷病手当金と同一傷病による障害共済（厚生）年金の請求予定はありません。

傷病手当金と同一傷病による障害共済（厚生）年金を請求中もしくは請求する予定であり、年金額との調整が必要な場合には傷病手当金を速やかに返納します。

退職共済（老齢厚生）年金を請求中もしくは請求する予定であり、年金額との調整が必要な場合には傷病手当金を速やかに返納します。

公立学校共済組合和歌山支部長 様

平成□△年 ☆月☆☆日

〒642-0023
住所 海南市重根△△-××

TEL 073-400-□□××

組合員証番号 12

直筆をお願いします。

氏名 給利 花子

