

傷病手当金請求書

				決定額	*	円
組合員証記号番号		組合員名前		所属機関		
				名称		
				所在地		
生年月日	組合員資格			標準報酬の等級及び月額		
	取得年月日		喪失年月日			
年 月 日	年 月 日			年 月 日	等級 円	
傷病名		発病年月日		勤務できなくなった最初の日		
		年 月 日		年 月 日		
請求する傷病について、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？		療養のために休んだ期間(請求期間)			請求金額	
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		年 月 日～ 年 月 日			円	
年金の受給状況について						
支給事由	年金等の名称	受給状況	年金額等(受給中の年金がある場合のみ記入)			
			支給(開始)年月		支給(年)額	
障がい	障害厚生(共済)年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月		円	
	障害基礎年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月		円	
	障害手当金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月		円	
老 齢	老齢厚生(退職共済)年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月		円	
	その他()	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 請求中	年 月		円	
介護保険法による給付を受けたとき						
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。 広島県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 請求者名前						
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 職名 名 前						

- (注) 1 組合員証記号番号欄には、組合員証の記号番号又は個人番号を記入してください。
 2 請求期間の翌月に、「療養のため勤務できないことに関する医師の証明書(様式第8号(2-2))」と「報酬支給額証明書及び出勤簿の写し(資格喪失後給付時は不要)」を添付のうえ、組合に提出してください。
 3 初回請求時のみ「同意書(様式第8号(別紙))」を添付してください。
 4 請求書提出後、同一の傷病に対して休業補償等を受給することとなった場合は速やかに組合へ連絡をしてください。
 5 *印欄は記入しないでください。(この請求書に記入された事項は、電子計算組織に登録し処理を行います。)

*共済組合使用欄

支給開始年月日	前回支給済	給付期間満了日	同意	レセプト確認
年 月 日	年 月 日まで	年 月 日	有・無	
今回支給期間	支給日数	報酬調整額	年金調整額	支給再開日
年 月 日から 年 月 日まで	日	(報酬日額×日数) 円	(年金日額×日数) 円	(障害手当金支給時) 年 月 日

共済組合受付印	上記のとおり決定してよろしいか。				
	課 長	課長補佐	係 長	主 務	係