

# 傷病手当金請求書

共済組合

所属所

受付年月日

受付年月日

※ 決 定 額

円

組合員証	記号	フリガナ	組合員氏名	所属機関	名称		
	番号				所在地		
生年月日	昭和 年 月 日			組 合 員		任 意 継 続 組 合 員	
	平成 年 月 日			資格取得日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
				資格喪失日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日
傷病名				勤務できなくなった最初の日		平成 年 月 日	
発病年月日	平成 年 月 日		請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
標準報酬月額(短期)	等級		円	請求金額	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		
障害厚生年金の額	円		支給開始年月	平成 年 月			
国民年金法による障害基礎年金の額	円		支給開始年月	平成 年 月			
障害手当金の額	円		支給年月日	平成 年 月 日			
退職老齢年金給付の額	円		支給開始年月	平成 年 月			
請求期間に対する報酬の支給の有無(いずれかに○をしてください)	有	(別添、報酬支給額証明書のとおり)					
	無	所属機関の長又は給与事務担当者 職 名 氏 名 印					
上記のとおり請求します。 鳥取県市町村職員共済組合理事長 様 平成 年 月 日 請求者 住所 氏 名 印 請求者の氏名を自署した場合は、押印を省略できます。							

(注)

- 報酬の支給の有無欄は、所属機関の長または給与事務担当者の証明を受けてください。また保険医の意見書を添付してください。
- 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。

※ 決 裁	事務局長	事務局次長	課 長	合 議	主 査

## <傷病手当金>

- 組合員が公務外で病気又はケガにより療養のため休み、報酬の一部又は全部が支給されない場合、勤務に服することのできない期間 1日につき標準報酬日額に2/3を乗じた額を支給します。
  - 土日と重ならない祝日は支給対象となります。
  - 支給期間は、勤務に服することができなくなった日を含み3日を経過した日から通算して1年6月間。(結核性の病気については3年間)○ 退職・障害厚生年金等を受給する場合は、支給調整があります。
  - 傷病のため勤務に服することができなかった日について報酬が支給されても、その日は支給期間に算入されますが、病気の途中で出勤し、再び同じ傷病で欠勤した場合は、その出勤期間は支給期間に算入しません。
  - 1年以上組合員であった者が、退職の際に傷病手当金を受けていた場合(要件を満たしているが給与が支払われていたことにより、傷病手当金を受けることができなかった場合を含む)、給付期間範囲内で引き続き支給します。
- 「請求金額」欄は、金額が不明な場合は記入不要です。
- 添付書類(2~4は初回請求時のみ)
1. 保険医の意見書
  2. 条例の写
  3. 出勤簿の写(勤務できなくなった日から請求日までのもの)
  4. 勤務できなくなった日から傷病手当金の初回請求時までを支払われた報酬についての、所属機関の長又は給与事務担当者の証明書(報酬支給額証明書)