

傷病手当金請求書

(第 回)

記入例

給付種別 2 1 0		※ 決定期間 円	
所属	組合員証番号	組合員氏名	請求金額 円
資格取得年月日 年号 年 月 日		資格喪失年月日 年号 年 月 日	勤務できなくなった最初の日 年号 年 月 日
標準報酬月額 等級 第 号		※ 支給日数 円 日	
請求期間 年号 年 月 日 から 年号 年 月 日 まで		※ 支給開始及び満了期間 年号 年 月 日 から 年号 年 月 日 まで	
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 年号 年 月 日	受給年金額 円
有・無	退職年齢・障害・障害手当金	平成 年 月 日	円
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	(1) 傷病名	発病年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日	
	(2) 現在の主たる症状、治療内容、検査結果、療養指導等		
	(3) 症状経過からみて従来の職種について労務不能と認められた医学的な所見		
	(4) 労務可能の見込み時期	平成 年 月 頃 平成 年 月 日 医療機関の所在地及び名称 医師氏名 (印)	
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 平成 年 月 日 住所 組合員 氏名 (印)			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職名 所属所長 氏名 (印)			

傷病手当金の請求回数を記入してください。

組合員証の記号・番号、組合員氏名を記入してください（請求金額欄は記入しなくても構いません）。

組合員の資格取得年月日、該当する場合は資格喪失年月日、勤務できなくなった最初の日（療養休暇を取り始めた日）、及び標準報酬月額を記入してください。

請求期間を暦月単位で記入してください。

年金や障害手当金を受給している場合は、種類に○をつけて、受給開始年月日、受給年金額を必ず記入してください。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明を受けてください。

請求年月日と組合員の住所・氏名を記入し押印してください。

請求内容を確認の上、証明年月日と所属所長(市町村長・一部事務組合長)の職名・氏名を記入し押印してください。

- 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。

※「報酬支給額証明書」を必ず添付してください。