傷病手当金請求書

決裁	課長	係長	主任	副主任		決定額	※　　円

組合員等	記号		組合員氏名		所属所名	
	番号					

資格取得年月日	昭・平・令　年　月　日	資格喪失年月日	令和　年　月　日
発病(負傷)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
標準報酬月額	等級　円	請求期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで
請求金額	円		

該当するものに○印記入

障害厚生(共済)年金	有・請求中・無	支給年額	円	支給開始年月	年　月
障害基礎年金	有・請求中・無	支給年額	円	支給開始年月	年　月
障害手当(一時)金	有・請求中・無	支給額	円	支給年月日	年　月　日
老齢厚生(退職共済)年金	有・請求中・無	支給年額	円	支給開始年月	年　月
老齢基礎年金	有・請求中・無	支給年額	円	支給開始年月	年　月
地方公務員災害補償法に基づく休業補償又は傷病補償年金等	有・請求中・無	実施機関の名称			

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

療養を担当した医師の証明

傷病名		診療開始日	平・令　年　月　日
労務不能と認めた期間	令和　年　月　日から　同月　日まで		

○主たる症状及び経過・検査結果・治療内容・療養指導等（詳しく）

○労務不能と認められた医学的所見

○労務可能の見込み時期（必ず記入してください。不明の場合は□に✔を付してください。）

令和　年　月　日頃　□　不明

上記のとおり証明します。

令和　年　月　日

（医療機関）所在地

名　称

担当医師氏名

上記のとおり請求します。

京都府市町村職員共済組合理事長　様

令和　年　月　日

請求者　住所

氏名

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

所属所長　職名

氏名

令和____年____月____日から　令和____年____月____日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

令和　____年　____月　____日
令和　____年　____月　____日　____日間　____割　_____円

令和　____年　____月　____日
令和　____年　____月　____日　____日間　____割　_____円

令和　____年　____月　____日
令和　____年　____月　____日　____日間　____割　_____円

令和　　年　　月　　日

所　属　所　長　　職　名
又　は
給与事務担当者　　氏　名

1　請求は１か月単位で行ってください。
2　所属所長又は給与事務担当者の証明を受けたうえ、提出してください。
3　「療養を担当した医師の証明」は労務不能と認めた期間の末日以後に証明してください。また、傷病手当金支給決定の基礎となるものですから、その記入にあたっては、できる限り各科専門医において事実を的確かつ詳細に記載するとともに、**在職中は職場復帰が可能かどうか　退職後は労働能力があるか否か**について意見を記載してください。なお、労働能力を回復した（勤務することができる状態にある）にもかかわらず、勤務しない場合等は傷病手当金の支給要件に該当しません。
4　「療養を担当した医師の証明」及び「報酬支払額証明欄」の記入内容に訂正がある場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。
5　**※印欄は記入しないでください。**