

傷病手当金・傷病手当金附加金
(互)傷病手当金・(互)治療見舞金 請求書

所属所受付印
年 月 日

組合員氏名 組合員証番号	給付内容	請求期間					給付日数				
		年	月	日	始日	終日					
		5									
※ 控除額		※ 決 定 額									
		傷病手当金	傷病手当金附加金			(互) 傷病手当金	(互) 治療見舞金				
		円	円	円	円	円	円				
資格取得年月日	昭・平・令	年	月	日	資格喪失年月日	平・令	年	月	日	所属所名	所属コード
標準報酬月額 の平均額	円			請求金額	円						
障害厚生 年金等の額	円	支給開始年月	年	月	障害手当 金等の額	円	支給年月日	年	月	日	
(共) (互) 傷病手当 金附加金	傷病名	発病年月日		年	月	日	勤務できなくなった日	年	月	日	
	医師の証明	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで療養のため勤務できないことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 医 師 氏 名 (印)									
(互) 治療見舞金	治療名										
	装着年月日	令和 年 月 日	治療年月日	令和 年 月 日							
	医師の証明	を装着・治療したことを証明します。 令和 年 月 日 住 所 医 師 氏 名 (印)									
傷病手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付のうえ、上記のとおり請求します。											
公立学校共済組合広島支部長 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 請求者 住 所 令和 年 月 日 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。 令和 年 月 日 所属所長 職 名 氏 名 (職印)											

- 傷病手当金・同附加金の請求については、出勤簿の写し(所属所長の原本証明のあるもの)を添付してください。
- (互)治療見舞金の請求については、2回目以降は医師の証明は不要です。
- ※欄は、記入しないでください。
○給付内容 傷病手当金…………… 1 (互)傷病手当金…………… 5
傷病手当金附加金… 2 (互)治療見舞金…………… 6

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、次の金額の給与報酬を支払ったことを証明します。

令和 年 月 日

令和 年 月 日 円

令和 年 月 日

令和 年 月 日 円

令和 年 月 日

所属機関の長又は 職名

給与事務担当者 氏名



●初回請求時のみ記入（次回以降の表面の標準報酬月額平均額には初回時に算出した平均額を記入）

支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額

年 月 (11月前)	年 月 (10月前)	年 月 (9月前)
等級 円	等級 円	等級 円
年 月 (8月前)	年 月 (7月前)	年 月 (6月前)
等級 円	等級 円	等級 円
年 月 (5月前)	年 月 (4月前)	年 月 (3月前)
等級 円	等級 円	等級 円
年 月 (2月前)	年 月 (1月前)	年 月 (該当月)
等級 円	等級 円	等級 円

○標準報酬月額平均額

_____円（12月間の合計額）× 1 / 12 ~ _____円

※この金額を表面の標準報酬月額平均額に記入

※支給開始日に属する月以前の継続した12月間の標準報酬月額が無い場合

○標準報酬月額平均額

_____円（ _____月間の合計額）× 1 / _____ ~ _____円

○共済組合の平均標準報酬月額

_____円

※いずれか低い方の金額を表面の標準報酬月額平均額に記入