

傷病手当金・傷病手当金附加金 請求書
 (互)傷病手当金・(互)治療見舞金

所属所受付印

受付印は省略不可

【添付書類】

- 日常生活等に関する申立書(様式集 § 10-040)
 - 生活能力等についての医師の意見書(様式集 § 10-039)
 ※ 2は病気休職中の場合、提出不要
 - 報酬支給額証明書(様式集 § 10-011)、給与明細書
 ※ 請求対象月に給与報酬等が支給されているとき(無給の場合は裏面参照)
 - 出勤簿の写し
- 初回請求時及び必要とするとき

組合員氏名 組合員等番号		所属所名 所属所コード		※決定額(共済組合・互助組合使用欄)													
互助 太郎 654321		広島小学校 12345		共済組合	令和	年	月	分	控除額			傷病手当金			傷病手当金附加金		
				互助組合	令和	年	月	分	(互)傷病手当金			(互)治療見舞金					
資格取得年月日		昭平 令和2年4月1日				資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日									
標準報酬月額		円				平均標準報酬月額 (裏面参照)		円									
請求期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日				給付日数		日									
請求金額		50,000 円															
年金等との調整	障害年金等	厚生年金等の額		円		支給開始年月		令和 年 月分から									
		基礎年金の額		円		支給開始年月		令和 年 月分から									
	障害手当金	障害手当金の額		円		支給年月日		令和 年 月 日									
(傷共病)	傷病名																
	発病年月日	令和 年 月 日				勤務できなくなった日		令和 年 月 日									
(手当)	医師の証明欄	勤務不能と認められた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日													
		証明日		令和 年 月 日(勤務不能と認められた期間を経過してから証明してください。)													
		医療機関の名称及び所在地		住所 医療機関名 医師の氏名		(印)											
(互)	治療名	〇〇病・××症															
	装着年月日	令和 7年 9月 1日				治療年月日		令和 7年 9月 1日									
	医師の証明欄	内容		を治療・装着したことを証明します。													
		証明日		令和 年 月 日													
	医師の証明欄	住所		初回請求時のみ、医師の証明が必要です。 ただし、人工肛門装着者は、購入した品の領収書を添付してください。													
		医療機関の名称及び所在地		住所 医療機関名 医師の氏名		(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 広島市中区互助町1丁目2-3 令和7年10月1日 氏名 互助 太郎																	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和7年10月1日 所属所名 広島小学校 所属所長 職・氏名 校長 広島 教子																	

