

# 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 証	記 号  番 号	組合員氏名			所属所名			
資 格 取 得 年 月 日	昭 和  平 成  令 和	年	月	日	資 格 喪 失 年 月 日	令 和	年	月 日
発 病 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
療 養 を 担 当 し た 医 師 の 意 見 欄	傷 病 名	(1)			診 療 開 始 日	(1) 年 月 日		
		(2)				(2) 年 月 日		
		(労務不能の主傷病に○印)						
	労務不能と 認めた期間		令和 年 月 日から 同月 日まで				診 療 実 日 数	日
労務不能と認めた理由を記載して下さい(主たる症状・検査結果・治療内容・療養指導等)								
上記のとおり証明します。 (医療機関) 所在地 令和 年 月 日 名称 担当医師氏名 ㊟								
標 準 報 酬 月 額	等 級	請 求 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			請 求 金 額	円	
障害厚生年金の額		円	障害厚生年金の支給開始年月			年 月		
障害基礎年金の額		円	障害基礎年金の支給開始年月			年 月		
障害手当金の額		円	障害手当金の支給年月日			年 月 日		
退職又は老齢を給 付事由とする年金		年 金 額	年金制度名又は共済組合名		年金証書記号番号	年金支給開始年月日		
		円				年 月 日		
上記のとおり請求します。 京都市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	間	割		円
令和	年	月	日				
令和	年	月	日	間	割		円
令和	年	月	日				
令和	年	月	日	間	割		円

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名  
又は  
給与事務担当者 氏 名 印

(介護保険法) 被 保 険 者 証

保険者 番 号		被保険 者番号		保険者 の名称	
------------	--	------------	--	------------	--

- 1 所属機関の長又は給与事務担当者の証明を受けたいえ、共済組合に提出してください。
- 2 療養のため勤務に服することが出来ない期間中に介護保険法による給付を受けたときは、被保険者証に記載された保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- 3 任意継続組合員は、標準報酬月額欄に退職の際の掛金の基礎となった標準報酬月額のほか、任意継続掛金の標準となった額を記入してください。
- 4 請求は暦月毎に行ってください。
- 5 ※印蘭は記入しないでください。
- 6 「療養を担当した医師の意見欄」は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（勤務することが出来る状態にある）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。