

傷病手当金

(表面) R7.10

傷病手当金附加金

請求書

職員番号 (独法職員のみ)

地方職員共済組合大阪府支部長 様

令和 年 月 日

下記のとおり請求します。

組合員氏名	組合員(記号)番号	(地・大阪)	所属名
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	資格喪失年月日	令和 年 月 日
勤務できなくなった最初の日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	請求期間	令和 年 月 日 から
請求金額	円		令和 年 月 日 まで

障害厚生年金又は障害共済年金の額及び支給開始年月	円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月
障害基礎年金の額及び支給開始年月	円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月
障害手当金又は障害一時金の額及び支給開始年月	円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月
退職又は老齢を給付事由とする年金の額 (上記を除く)	年金名 円	当該年金の支給開始年月 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月

老人保健法の医療を受けていたとき(注)	市町村番号	受給者番号	発行機関の名称
---------------------	-------	-------	---------

介護保険法による給付を受けていたとき(注)	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
-----------------------	-------	--------	--------

(注) 療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、同法の規定による健康手帳に記されている市町村番号、受給者番号及び発行機関名を記入して下さい。また、介護保険法による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明 ※診断書(写し)も可	傷病名	発病年月日	令和 年 月 日
	(所見)		
	令和 年 月 日	所在地	
	医療機関名称		
	医師氏名		

日中の 職場 (代表・ 直通) Tel : 内線 :
連絡先 又は 自宅・ 携帯 Tel :

※以下、共済使用欄 (記入不要)

共済受付/処理欄	受付日 年 月 日	所属所受付/処理欄	受付日 年 月 日
	処理日 年 月 日		処理日 年 月 日

決定額	円
-----	---

☑ 傷病手当金

【記入例】

(表面) R7.10

☐ 傷病手当金		の(み)														
地方職員共済組		大阪府所属の組合員は、所属名を記入してください。 例：福祉総務課、なにわ北府税事務所		令和	7	年	10	月	11	日						
下記のとおりに請		独立行政法人所属の組合員は、所属機関名を記入してください。 例：大阪急性期医療センター、大阪産業技術研究所森之宮センター		組合員氏名		組合員番号		所属名								
共済				総務サービス課												
資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	30	年	4	月	1	日	資格喪失年月日	令和		年		月		日	
勤務できなくなった最初の日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	7	年	0	月	0	日	請求期間	令和	8	年	1	月	1	日	から
請求金額	記入不要		円	請求期間		令和	8	年	1	月	31	日	まで			
障害厚生年金又は障害共済年金の額及び支給開始年月		円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月									
障害基礎年金の額及び支給開始年月		円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月									
障害手当金又は障害一時金の額及び支給開始年月		円	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月									
退職又は老齢を給付事由とする年金の額 (上記を除く)	年金名	該当がある場合のみ記入		の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		年		月							
老人保健法の医療を受けていたとき (注)	市町村番号	受給者番号	発行機関の名称													
介護保険法による給付を受けていたとき (注)	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称													
(注) 療養のため勤務に服することができない期間中に老人保健法の医療を受けたときは、同法の規定による健康手帳に記されている市町村番号、受給者番号及び発行機関名を記入して下さい。また、介護保険法による給付を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。																
療養のため勤務できないことに関する医師の証明	傷病名	〇〇病		発病年月日	令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日											
	(所見)	上記の傷病により〇〇の症状があり、自宅療養が必要であるため、令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日までの期間は就労不能である。														
	※診断書 (写し) も可	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日														
	所在地	大阪府中央区〇〇町〇-〇														
医療機関名称	〇〇病院															
医師氏名	大阪 次郎															
日中の連絡先	職場 (<input type="checkbox"/> 代表・ <input type="checkbox"/> 直通)	Tel :			内線 :											
	又は <input type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 携帯	Tel :	090-XXXX-XXXX													

【記入上の注意】

- ・ 請求者の組合員氏名、組合員番号、申請日の記入を忘れないようにしてください。
- ・ 「資格取得年月日」は、資格情報のお知らせ、資格確認書等に記載されています。不明な場合は空白で結構です。
- ・ 「請求期間」は、原則、月単位でご記入ください。
- ・ 「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」は、在職中は診断書の写しがあれば記入不要です。