

傷病手当金  
傷病手当金附加金

請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり請求します。 年 月 日

組合員氏名	組合員証記号番号	地・大阪	所属名
-------	----------	------	-----

資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日
---------	-------	---------	-------

勤務できなくなった 最初の日	年 月 日	請求期間	年 月 日から 年 月 日まで
-------------------	-------	------	--------------------

請求金額	円	※決定額 (記入不要)
------	---	----------------

障害厚生年金又は障害共済年金の額および支給開始年月	円	年 月
---------------------------	---	-----

障害基礎年金の額および支給開始年月	円	年 月
-------------------	---	-----

障害手当金又は障害一時金の額および支給開始年月	円	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	当該年金の 支給開始年月	年 月
	円		

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ください。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	年 月 日
	(所見)		
	年 月 日		
	所在地		
	医療機関 名称		
医師名			

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要） 職場（代表・直通）Tel ( ) 内線 ( ) 又は 自宅・携帯 Tel ( )
--

※下記は記入不要です。

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

〈傷病手当金・傷病手当金附加金請求書の裏面〉※下記は記入不要

※報酬との調整	<p>標準報酬月額 <span style="float:right">標準報酬の日額</span></p> <p>_____円 × 1/22 = _____円 (10円未満四捨五入)</p> <p>標準報酬の日額 <span style="float:right">給付日額</span></p> <p>_____円 × 2/3 = _____円 (円未満四捨五入)</p> <p>給付日額 <span style="float:right">支給日数</span> <span style="float:right">給付額</span></p> <p>_____円 × _____日 = _____円</p> <p>給付額 <span style="float:right">控除額</span> <span style="float:right">支給決定額</span></p> <p>_____円 - _____円 = _____円</p>																																																
※年金との調整	<p>年金の合計額 (A)</p> <p>_____円 × 1/264 = _____円 (円未満切捨て)</p> <p>給付日額 (A) <span style="float:right">支給日数</span> <span style="float:right">支給決定額</span></p> <p>[ _____円 - _____円 ] × _____日 = _____円</p>																																																
※障害手当金又は障害一時金との調整	<p>標準報酬月額 (B)</p> <p>_____円 × 1/22 × 2/3 = _____円</p> <p>障害手当金又は障害一時金の額 (B) <span style="float:right">(C)</span></p> <p>_____円 ÷ _____円 = _____日</p> <p style="text-align:right">小数点以下の端数を切上げ</p> <p>支給再開年月日 年 月 日</p> <p>(日曜日を除いて(C)日数を経過した日)</p>																																																
※今回支給日数 (該当欄に○印を付する)	<table border="1" style="margin-left:auto; margin-right:auto; border-collapse: collapse; text-align:center;"> <tr> <td colspan="6">令和 年 月</td> </tr> <tr> <td>曜日</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> </table>	令和 年 月						曜日	1	8	15	22	29		2	9	16	23	30		3	10	17	24	31		4	11	18	25			5	12	19	26			6	13	20	27			7	14	21	28	
令和 年 月																																																	
曜日	1	8	15	22	29																																												
	2	9	16	23	30																																												
	3	10	17	24	31																																												
	4	11	18	25																																													
	5	12	19	26																																													
	6	13	20	27																																													
	7	14	21	28																																													
※ 支給開始日	※ 前回支給分	※ 今回支給分																																															
令和 年 月 日分 から	令和 年 月 日分 まで	令和 年 月 日分 まで																																															

【記入例】

傷病手当金  
傷病手当金附加金

請求書

職員番号（独法職員のみ）

下記のとおり請求します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日

組合員 氏名	共済 太郎	組合員証 記号番号	地・大阪								所属名
			3	0	1	2	3	4	5	6	7

資格取得年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	資格喪失年月日	年 月 日
---------	-------------	---------	-------

勤務できなくなった 最初の日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	請求期間	令和〇〇年〇〇月 1日から 令和〇〇年〇〇月31日まで
-------------------	-------------	------	--------------------------------

請求金額	記入不要	円	※決定額 (記入不要)
------	------	---	----------------

障害厚生年金又は障害共済年金の額および支給開始年月	円	年 月
---------------------------	---	-----

障害基礎年金の額および支給開始年月	円	年 月
-------------------	---	-----

障害手当金又は障害一時金の額および支給開始年月	円	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	当該年金の 支給開始年月	年 月
	円		

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ください。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	年 月 日
	(所見)		
	年 月 日		
	所在地		
	医療機関 名称		
医師名			

日中の連絡先（独立行政法人職員であって法人事務局を通じて申請の場合は記入不要）			
職場（代表・直通）Tel	06（ 6941 ）	0351	内線（ 〇〇〇〇 ）
又は 自宅・携帯 Tel	（ ）		

※下記は記入不要です。

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

## 記入上の注意

※請求者の氏名・組合員番号・申請日の記入を忘れないようお願いします

「所属機関名」 …所属室課名をご記入ください

「資格取得年月日」…組合員証に記載されています

「請求期間」 …月単位でご記入ください

「障害厚生年金又は障害共済年金の額および支給開始年月」欄から「介護保険法による給付を受けていたとき」欄については、該当がある場合のみご記入ください

「療養のため勤務できないことに関する医師の証明」…在職中は診断書の写しがあれば記入不要です