

傷病手当金等 請求書

神戸市職員共済組合

組合員 (請求者) が記入する ところ	組合員 記号・番号	記号 番号	所 属	電 話		
	資格取得年月日	昭和・平成・令和	年 月 日	標準報酬月額	等級 円	
	発 病 又 は 負 傷 した 日	平成・令和	年 月 日	勤務できなくな った最初の日	平成・令和 年 月 日	
	傷 病 名 等	傷 病 名				
		傷 病 の 原 因				
		交通事故・食中毒等、第三者による行為が原因となった傷病ですか			はい・いいえ	
	傷病手当金を請求する期間	令和	年 月 日	から 令和	年 月 日	まで 日間
	公的年金又は障害手当金の受給の有無		あり・なし・請求中 ※「あり」の場合は、下記に受給額等を記入してください。			
	受給額 (年額)	障 害 厚 生 年 金 の 額	円	支給開始年月	平成・令和	年 月
		国民年金法による障害基礎年金の額	円	支給開始年月	平成・令和	年 月
障 害 手 当 金 の 額		円	支給年月日	平成・令和	年 月 日	
退 職 老 齢 年 金 給 付 の 額		円	支給開始年月	平成・令和	年 月	
介護保険法による給付を受けている場合、 介護保険被保険者証に記載されている 事項を記入してください		被保険者番号				
		保険者番号				
		保険者の名称				
<p>上記のとおり請求します。なお、退職後の期間について傷病手当金を請求するときは、その期間において労務に従事していないことを申し立てます。また、同一傷病による障害年金等を受給した場合、共済組合の請求に基づき傷病手当金を速やかに返還します。</p> <p>神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>組合員(請求者)の 氏名</p> <p>[自宅・携帯] 電話 () -</p>						

《提出にあたっての注意事項》

- 裏面の証明欄に記入を受けるとともに添付書類を添えて提出してください。
 - 公務上(通勤途上を含みます。)の負傷・疾病については、共済組合(短期給付)の給付対象にはなりません。
 - 給付金は共済組合に登録済みの組合員名義の口座に振り込みます。登録口座を変更したい場合は「給付金振込口座届」(様式3-11)の手続きもおこなってください。
- 組合員名義以外の口座への振り込みを希望する場合は、「給付金受取に関する委任状」(様式3-17)をあわせて提出してください。

共済組合受付印

共 済 組 合 事 務 処 理 欄			
	事務局次長	医療係長	係
伺			
下記のとおり決定する。			令和 年 月 日
支給期間			令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(うち 日間)
支 給 額 (①-②)			円 (調整額 円)
法定給付			
①	附加給付		

②	調 整 額		

医師等の証明欄	患者氏名		組合員 記号・番号	記号	番号												
	傷病名		発病又は 負傷の原因														
	発病又は負傷 の年月日	昭和・平成・令和	年	月	日												
	療養給付 開始年月日	昭和・平成・令和	年	月	日												
	傷病の主症状 及び 経過の概要 (詳しく)																
	症状経過から みて労務不能 と認められた 医学的な所見																
	労務不能と 認めた期間	令和	年	月	日から	日間											
		令和	年	月	日まで	左記期間中の 診療実日数											
	診療日及び 入院してい た日を○で 囲んでくだ さい。	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
月		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
上記のとおり相違ないことを証明します。					令和	年	月	日									
医療機関の所在地・名称 及び 医師の氏名																	
連絡先電話番号 ()					—												

《添付書類》

請求期間における出勤状況及び 給与の支払状況が確認できる書類	① 給料支給状況等証明書 (様式 2-6-1) ② 請求期間が含まれる月の出勤簿 ③ 請求期間が含まれる月の給与明細の写し (別途精算等がなされている場合は、その明細も添付してください。)
公的年金・障害一時金の支給額が 確認できる書類 (受給者のみ)	・公的年金等の年金証書、支給決定通知書又は振込通知書 (直近のもの) の コピー (初回の請求時のみ添付してください。ただし傷病手当金の受給期間中に 年金の受給額に変更があった場合は、必ず速やかに届け出てください。)