

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 1	所属	〇〇局〇〇課	
		番号 123456		電話〇〇〇—〇〇〇〇	
	資格取得年月日	昭和(平成)令和 15 年 4 月 1 日	標準報酬月額	〇〇 等級	〇〇〇, 〇〇〇 円
	発病又は 負傷した日	平成・(令和) 5 年 1 月 25 日	勤務できなくな った最初の日	平成(令和) 5 年 2 月 1 日	
	傷病名等	傷病名	〇〇〇〇〇		
		傷病の原因	不明		
		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 6 年 5 月 1 日から 令和 6 年 5 月 31 日まで 30 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		795,000 円	支給開始年月	平成(令和) 5 年 6 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				
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。 神戸市職員共済組合理事長 宛 令和 6 年 6 月 15 日 住所 神戸市中央区加納町6丁目5-1 組合員(請求者)の 氏名 共済 太郎 [自宅・携帯] 電話 (090) 〇〇〇〇—〇〇〇〇					

《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		