

## 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	組合員証の記号・番号	記号 1 番号 123456	所属	〇〇局〇〇課 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) 2年1月25日	勤務できなくなった最初の日	平成(令和) 2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	平成(令和) 3年5月1日から平成(令和) 3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	781,700円	支給開始年月	平成(令和) 2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 3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) 0000-0000						

## 《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)をあわせて提出してください。  
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 平成・令和 年 月 日～平成・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	