傷病手当金請求書

初回・2回目以降※

組合員等記号・番号 △△△-△△△△	組合員氏名・生年月日 共済 太郎 (S・H△△年△△月△△日 △△歳)	所属機関 (及び所在地) 〇〇市
資格取得年月日 平成△△年 △△月 △△日	資格喪失年月日 (退職日の翌日) 年 月 日	標準報酬月額 (算定の基礎となる額) ※
傷病名 〇〇〇〇〇〇	発病年月日 令和△△年 △△月 △△日	勤務できなくなった最初の日 令和△△年 △△月 △△日
療養のために休んだ期間 (請求期間) 令和△△年 △△月 △△日 ~ 令和△△年 △△月 △△日		請求額 円※
上記傷病は、公務、労働 又は通勤災害による「はい」の場合、地方公務員災害補償法に過去に上記傷病と同一又は因果関係のある傷を受けたことがありますか？		
年金等の受給状況		
年金等の種類		
障害厚生 (共済) 年金 ☆1		
障害基礎年金 ☆2		
障害手当金 ☆3		
老齢厚生 (退職共済) 年金 ☆4		
その他の老齢年金 ☆4		
介護保険法による給付がある場合 ☆5	保険者番号:	被保険者番号: 保険者の名称:
上記のとおり請求します。 山口県市町村職員共済組合理事長 様 令和△△年 △△月 △△日		
住所 〇〇市〇〇町△丁目-△△		請求者 氏名(自署) 共済 太郎
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 所属所長		

公務・労働・通勤災害、年金等の受給状況については、該当の回答を選んで○をつけてください。

介護保険法による給付は、該当の場合のみ記入してください。

・原則として月ごとの請求となりますが、1枚の請求書で、複数月の同時請求が可能です。
(例・1～2月末日までの請求期間分を、3月に請求)

・全ての必要書類に記入し必要書類を添付したうえで、所属所の共済組合事務担当課へ提出してください。

共済組合事務担当課が所属所長の証明を行い、共済組合へ提出します。

※退職後の期間も給付を受けることができる場合

任意継続組合員の方は、初回請求時を除き、共済組合へ郵送等により直接提出できます。
(所属所長の証明は不要です。)

初回請求を行う方や、任意継続組合員ではない方は、退職前の所属所の共済組合事務担当課へ提出してください。