

## 傷病手当金・傷病手当金附加金 請求書

組合員証 記号番号	地・奈良	組合員 氏 名		所属名 (コード)	
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日		
傷 病 名					
発病年月日	年 月 日	勤務できなくなった最初の日	年 月 日		
療養のため 勤務できない ことに関する 医師の証明  (療養を担 当した医師 により記 入)	傷病名		初診日		
	療養のため勤務できないと認めた期間				
	年 月 日から 年 月 日まで				
	勤務できないと認めた理由を記載して下さい。(症状・検査結果・治療内容・療養指導等)				
上記のとおり証明します。					
年 月 日 医師 氏名 _____ 印					
標準 報酬 月額		請求 期間	年 月 日から 年 月 日まで	請 求 金 額	円
障害共済年金又は障害 厚生年金の額		円	支給開始年月	年 月	
障害基礎年金の額		円	支給開始年月	年 月	
退職共済年金の額		円	支給開始年月	年 月	
障害手当金の額		円	支給年月日	年 月 日	
介護保険法による給 付を受けていた場合	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。 地方職員共済組合奈良県支部長 殿 年 月 日					
請 求 者 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____					
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					
所属受付印					
職 名 _____ 所属所長 氏 名 _____ 公印					

(注意) 裏面は、空欄のまま提出してください。  
(裏)

年 月 日から 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。																																												
年 月 日 } 間	割 円																																											
年 月 日 } 間	割 円																																											
年 月 日 } 間	割 円																																											
_____ 年 月 日																																												
所属機関の長 職名 _____ 給与事務担当者 氏名 _____																																												
報酬との調整	※直近の継続した12か月の標準報酬月額 円 × 1/22 × 2/3 = 円 給付日額 支給日数 給付額 円 × 日 = 円 給付額 控除額 給付決定額 円 - 円 = 円	※ 今回支給日数 (該当日に○をする)																																										
年金との調整	※障害共済年金又は障害厚生年金・障害基礎年金・退職共済年金の合算額 円 × 1/264 = 円 (A) 給付日額 (A) 支給日数 給付決定額 ( 円 - 円 ) × 日 = 円	曜日 月分 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></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>		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	
	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																																								
障害手当金との調整	※直近の継続した12か月の標準報酬月額 円 × 1/22 × 2/3 = 円 (B) 障害手当金の額 (B) 円 ÷ 円 = (C) (小数点以下端数切上げ) 支給再開年月日 年 月 日 (退職の日の翌日から日曜日・勤務を要しないと定められた日を除いて (C) 日数経過した日) (B) × (C) 障害手当金の額 支給額 円 - 円 = 円																																											
※支給開始日	※前回支給分	※今回支給分																																										
年 月 日分から	年 月 日分まで	年 月 日分まで																																										

## 傷病手当金・傷病手当金附加金の請求に係る同意書

私は別添「傷病手当金・傷病手当金附加金についてのお知らせ」を確認しましたので、地方職員共済組合奈良県支部に対して、次のことについて同意します。

- 1 障害共済年金及び障害基礎年金・障害厚生年金及び障害基礎年金・障害手当金・障害一時金の支給が遡って決定し、傷病手当金・傷病手当金附加金（以下「傷病手当金等」という。）との調整が行われることとなった場合で、その期間に係る傷病手当金等が既に支給されている場合は、傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合奈良県支部に返金すること（標準報酬月額の変更などにより傷病手当金等の支給額が変更され、過払い分の金額を返金する場合も含む。）。
- 2 傷病手当金等の請求時に報酬、年金等の受給状況の申告を行わず、傷病手当金等が報酬等との調整前の金額で支給された場合は、傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合奈良県支部に返金すること。
- 3 地方職員共済組合奈良県支部が、傷病手当金等の受給原因となった傷病等について、診療報酬等明細書等により、定期的に医療機関等で治療を受けているか確認すること。
- 4 地方職員共済組合奈良県支部が、傷病手当金等の受給原因となった傷病等の内容について保険医療機関等又は退職後に加入している医療保険者に照会すること、報酬の支給状況を給与支給担当部署に照会すること、休業補償期間の状況について地方公務員災害補償基金に照会すること、休暇休職の状況を関係部署に照会すること及び年金の支給状況を関係機関等に照会すること。
- 5 退職後の傷病手当金等を受給している際に、再就職した場合、パート・アルバイト・自営業等で労働を始めた場合、医師から就労可能な状態と診断された場合及び傷病の治療が終わった場合は、速やかに地方職員共済組合奈良県支部に申し出るとともに、労働開始後又は治癒後の期間について支給された傷病手当金等の過払い分の金額を地方職員共済組合奈良県支部に返金すること。

年 月 日

同意者

住所

氏名



地方職員共済組合 奈良県支部長 殿

記入の手引 申請用紙・添付書類の別 申請用紙

様式名	傷病手当金請求書
組合員証の記号番号	組合員証の記号番号（職員番号等）を記入してください。
組合員氏名・所属	組合員氏名・所属を記入してください。
資格取得年月日	通常は採用日です。他共済等から異動してきた場合は、その異動日。
資格喪失年月日	在職中に手当を受けていた方が退職後に受ける場合は記入してください。（資格喪失年月日＝退職日の翌日）
傷病名	療養のために就労することができない原因となる傷病名です。
発病年月日	当該傷病の発病年月日を記入してください。
勤務できなくなった最初の日	当該傷病で勤務できなくなった最初の日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	太枠線内は、担当医師に記入して証明をしてもらってください。または、「傷病名」「初診日」「療養のため勤務できないと認めた期間」「勤務できないと認めた理由等（症状、検査結果、治療内容、療養指導等）」を記載した医師の証明書を添付してください。
標準報酬等級月額	給与明細書の標準報酬等級及び月額を記入してください。
請求期間	基本的には毎月請求です。毎月1日から月末の日までの間で、請求もれや請求できなかった場合には1か月ごとに請求書を作成してください。請求する実績期間を記入してください。
請求金額	記入しないでください。
各年金の額等の記入欄 ※該当の場合のみ	年金や障害一時金を受け取っている場合、支給額は年金額を控除した残りの金額を支給します。当然、年金が多い場合は支給されません。障害者年金や障害手当金が該当する場合があります。
介護保険法	これも通常は該当しないので、記入の必要はありません。
年月日	提出の日を記入してください。
請求者住所・氏名	請求者住所・氏名を記入してください。
所属所長欄	知事部局（出先機関含む）・水道局・行政委員会等に所属する場合は、空欄で結構です。病院機構、各公社や上記以外の団体等は、記載及び公印の押印が必要です。各公社、病院機構でも、退職後の請求期間の場合は、所属の経由は必要ありません。
裏面	総務厚生センター使用欄です。記入しないでください。

照会先：総務厚生センター共済組合係  
 内 線：2181、2182  
 ダイヤル：0742-27-8352

【傷病手当金】

添 付 書 類

1. 請求期間に就労できなかったことの医師の証明  
(請求書の証明欄に証明を受けた場合は必要ありません。)
2. 休職辞令書の写し (退職後の請求期間の場合は必要ありません。)
3. 傷病手当金・傷病手当金付加金の請求に係る同意書

(注) ◎会計年度任用職員の方は、「出勤簿」の写し  
あれば、所属の休職承認通知書の写し  
◎退職後の請求期間にかかる請求の場合は、  
「傷病手当金にかかる就労状況等申立書」も必要です。

※ この請求は1か月単位で請求してください。医師の証明も1か月単位が必要です。