

傷病手当金・傷病手当金附加金
(互)傷病手当金・(互)治療見舞金 請求書

所属所受付印

【添付書類】

- 日常生活等に関する申立書（様式集 § 10-040）
- 生活能力等についての医師の意見書（様式集 § 10-039）
※ 2 は病気休職中の場合、提出不要
- 報酬支給額証明書（様式集 § 10-011）、給与明細書
※ 請求対象月に給与報酬等が支給されているとき（無給の場合は裏面参照）
- 出勤簿の写し

初回請求時及び
必要とするとき

受付印は省略不可

組合員氏名 組合員等番号		所属所名 所属所コード		※決定額（共済組合・互助組合使用欄）													
互助 太郎		広島小学校		共済組合		令和 年 月 分		控除額				傷病手当金				傷病手当金附加金	
				互助組合		令和 年 月 分		(互) 傷病手当金				(互) 治療見舞金					
6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5		資格取得年月日		昭和 平 令 2 年 4 月 1 日		資格喪失年月日 (退職日の翌日)		令和 年 月 日							
標準報酬月額		円		平均標準報酬月額 (裏面参照)		円											
請求期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日		給付日数		日											
請求金額		50,000 円															
年金等との調整	障害年金等	厚生年金等の額		円		支給開始年月		令和 年 月 分から									
		基礎年金の額		円		支給開始年月		令和 年 月 分から									
	障害手当金	障害手当金の額		円		支給年月日		令和 年 月 日									
(傷共) (手互) 傷病手当金欄	傷病名																
	発病年月日	令和 年 月 日		勤務できなくなった日		令和 年 月 日											
	医師の証明欄	勤務不能と認めた期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日													
(互) 治療見舞金欄	治療名	〇〇病・××症															
	装着年月日	令和 7 年 9 月 1 日		治療年月日		令和 7 年 9 月 1 日											
	医師の証明欄	内容を証明します。		令和 年 月 日													
傷病手当金の調整に係る給与報酬の明細書等を添付のうえ、上記のとおり請求します。																	
公立学校共済組合広島支部長 一般財団法人広島県教育職員互助組合理事長 様 請求者住所 広島市中区互助町1丁目2-3 令和 7 年 10 月 1 日 氏名 互助 太郎																	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 7 年 10 月 1 日 所属所名 広島小学校 所属所長 職・氏名 校長 広島 教子																	

