

# 傷病手当金 同附加金 請求書

種別	登録番号
41	

所属所名	<input type="checkbox"/> 現職 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> 任意継続	請求期間	年 月 日から	
			年 月 日まで	
組合員氏名		支給金額	<input type="checkbox"/> 法定   円	
組合員番号			<input type="checkbox"/> 附加	
生年月日(年齢)	年 月 日 ( ) 歳			
資格取得日	年 月 日	資格喪失日	年 月 日	
傷病名	発病・負傷年月日		年 月 日	
待期待期間 <small>傷病により3日連続して勤務に服することができないこと。</small>	勤務できなくなった最初の日	年 月 日		
	2日目	<input type="checkbox"/> 年休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> 勤務中 <input type="checkbox"/> その他( )		
	3日目	<input type="checkbox"/> 年休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 週休 <input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> その他( )		
給料	給料表 ( ) 級 号給 円			
標準報酬月額	第 級 円	請求金額	円	
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 公務によらない <input type="checkbox"/> 公務による   ※ 公務による場合は公務(通勤)災害の認定請求をしてください。 公務(通勤)災害認定状況 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定			
介護保険法による給付状況	<input type="checkbox"/> 給付あり <input type="checkbox"/> 給付なし			
	給付ありの場合	保険者番号	被保険者番号	保険者の名称
年金について	年金申請状況			
	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請手続中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input type="checkbox"/> 非該当			
	年金受給状況(最新の決定年金額)		支給開始年月	
	1 退職共済年金	円	年 月(新規・改定)	
	2 老齢厚生年金	円	年 月(新規・改定)	
	3 老齢基礎年金	円	年 月(新規・改定)	
	4 障害共済年金	円	年 月(新規・改定)	
	5 障害厚生年金	円	年 月(新規・改定)	
	6 障害基礎年金	円	年 月(新規・改定)	
7 障害一時金	円	年 月(新規・改定)		
8 障害手当金	円	年 月(新規・改定)		
上記のとおり請求します。				
東京都職員共済組合理事長 殿				
年 月 日				
住所 〒				
請求者				
氏名				
退職した場合 電話番号				
* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。				
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				
職名		共済組合受付印		
所属所長		課長代理		
氏名		担当		
所属電話番号				
担当者名				

●太線枠内を記入してください

共済組合  
決定欄

課長

課長代理

担当

[注意事項]

- 必要事項をすべて記入し、各月ごとに請求してください。
- 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため所属へ書類を返します。支給が遅れることもありますので御注意ください。

[添付書類]

- 報酬支給額証明書※現職時の請求期間のみ
- 勤務することができない医師の証明書
- 請求対象月の共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ
- その他

記入例 (現職者の場合)

傷病手当金 同附加金 請求書

種別 登録番号

41

所属者名	〇〇区		請求期間	月ごとに請求してください。	
組合員氏名	共済 健太郎		支給金額	<input type="checkbox"/> 法定	円
組合員番号	0	1	2	3	4
生年月日(年齢)	☆年 8月 22日 (☆☆)歳				
資格取得日	〇〇年 12月 1日		資格喪失日	年 月 日	
傷病名	うつ病		発病・負傷年月日	〇〇年 10月 3日	
待期間	△△年 2月 3日		受給のためには待期間(傷病のため3日間連続して勤務することができないこと)が必要です。		
訂正する場合 本人印の訂正印 が必要です。	給料表 (行一) 2級 50号給 291,000円				
	第20級 340,000円		請求金額	226,600円	
傷病原因	公務によらない <input type="checkbox"/> 公務による <input type="checkbox"/> ※公務内の場合は公務		計算して必ず記入してください。		
介護保険法による給付状況	<input type="checkbox"/> 給付あり <input checked="" type="checkbox"/> 給付なし				
年金について	年金申請状況				
	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請手続中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当				
	年金受給状況(最新の決定年金額)		支給開始年月		
	1 退職共済年金	円	年	月	(新規・改定)
	2 老齢厚生年金	円	年	月	(新規・改定)
	3 老齢基礎年金	円	年	月	(新規・改定)
	4 障害共済年金	円	年	月	(新規・改定)
	5 障害厚生年金	円	年	月	(新規・改定)
	6 障害基礎年金	円	年	月	(新規・改定)
7 障害一時金	円	年	月	(新規・改定)	
8 障害手当金	円	年	月	(新規・改定)	
上記のとおり請求します。 東京都 共済組合理事長 殿	請求期間以降の日付にしてください。				
住所 〒 111-1111	請求者 〇〇県〇〇市△△1-1-1				
氏名 共済 健太郎	退職した場合 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
* 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。					
上記の請求事項は事実と相違ないものと認めます。	組合員請求日以降の日付にしてください。				
訂正する場合 公印の訂正印 が必要です。	職名 〇〇区長	共済組合 決定欄			
所属所長	氏名 所 雅治 公印	課長			
所属電話番号 03-XXXX-△△△△	担当者名 合田 景子	共済組合 受付印			
		課長代理			
		担当			

●太線枠内を記入してください

請求期間において年金を受給している方は、年金決定通知等を確認して最新の情報を記入してください。

[注意事項]

- 必要事項をすべて記入し、各月ごとに請求してください。
- 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため所属へ書類を返します。支給が遅れることもありますので御注意ください。

[添付書類]

- 報酬支給額証明書※現職時の請求期間のみ
- 勤務することができない医師の証明書
- 請求対象月の共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ
- その他

記入例 (任意継続組合員の場合)

傷病手当金 同附加金 請求書

種別 登録番号

41

所属者名	元〇〇区		請求期間	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日まで <b>月ごとに請求してください。</b>				
組合員氏名	共済 健太郎			支給金額	<input type="checkbox"/> 法定 <input type="checkbox"/> 附加			
組合員番号	0	1	2	3	4	5	6	7
生年月日(年齢)	☆年 8月 22日 (☆☆)歳							
資格取得日	〇〇年12月1日		資格喪失日	年 月 日				
傷病名	うつ病		発病・負傷年月日	〇〇年10月3日				
待期間	勤務できなくなった 最初の日	△△年 2月 3日		<b>受給のためには待期間(傷病のため に3日間連続して勤務することが できないこと)が必要です。</b>				
訂正する場合は 本人印の訂正印 が必要です。	2日目	<input checked="" type="checkbox"/> 年休	<input type="checkbox"/> 病休	<input type="checkbox"/> 欠勤	<input type="checkbox"/> 勤務			
	3日目	<input type="checkbox"/> 年休	<input type="checkbox"/> 病休	<input type="checkbox"/> 週休	<input type="checkbox"/> 欠勤			
給料表	給料と標準報酬月額		級	号給	円			
第	記入する必要はありません。		円	請求金額	242,000円			
傷病原因	<input checked="" type="checkbox"/> 公務によらない <input type="checkbox"/> 公務による		※ 公務内の場合は公務(通勤)災害の認定請求をしてください					
介護保険法による給付状況	<input type="checkbox"/> 給付あり <input checked="" type="checkbox"/> 給付なし		公務(通勤)災害認定状況 <input type="checkbox"/> 手続中 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定					
年金について	年金申請状況							
	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請手続中 <input type="checkbox"/> 申請予定 <input checked="" type="checkbox"/> 非該当							
	年金受給状況(最新の決定年金額)		支給開始年月					
	1 退職共済年金	円	年	月	(新規・改定)			
	2 老齢厚生年金	円	年	月	(新規・改定)			
	3 老齢基礎年金	円	年	月	(新規・改定)			
	4 障害共済年金	円	年	月	(新規・改定)			
	5 障害厚生年金	円	年	月	(新規・改定)			
6 障害基礎年金	円	年	月	(新規・改定)				
7 障害一時金	円	年	月	(新規・改定)				
8 障害手当金	円	年	月	(新規・改定)				
上記の通り請求します。 東京都職員共済組合理事長 殿 年 月 日 <b>請求期間以降の日付にしてください。</b> 住所 〒 111-1111 〇〇県〇〇市△△1-1-1 氏名 共済 健太郎 (共済印) 退職した場合 電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 * 請求者の「氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。								
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 課長								
所属所長 職名 氏名 所属電話番号 担当者名 <b>任意継続組合員の方は記入の必要はありません。</b> (印) 課長代理 担当								

●太線枠内を記入してください

[注意事項]

- 1 必要事項をすべて記入し、各月ごとに請求してください。
- 2 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため所属へ書類を返します。支給が遅れることもありますので御注意ください。

[添付書類]

- 1 報酬支給額証明書※現職時の請求期間のみ
- 2 勤務することができない医師の証明書
- 3 請求対象月の共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ
- 4 その他