

# 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
組合員証番号			<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>	<small>勤務できなくなった最初の日</small>	年 月 日	
	2日目	<input type="checkbox"/> 年休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> 夏休 <input type="checkbox"/> 勤務中	
	3日目	<input type="checkbox"/> 年休 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 週休 <input type="checkbox"/> 祝日 <input type="checkbox"/> 欠勤 <input type="checkbox"/> 非番 <input type="checkbox"/> 夏休	
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"/> 手続き中 <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"/> 申請手続き中 <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   ① 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			
所属所長	職名	共済組合受付印	課長代理
所属電話番号	氏名		①
担当者名			担当

●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]  
 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ご注意ください。  
 [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 請求対象月の短期共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ  
 4 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 41 登録番号

所属 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 法定 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

待期待間 〇〇年 2月 3日 受給のためには待期待間(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。

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 公務による 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 給付あり 給付なし 保険者番号 被保険者番号 保険者の名称

年金申請状況 年金受給状況(最新の決定年金額) 支給開始年月

上記のとおり請求します。 請求期間以降の日付にしてください。

住所 〒 111-1111 〇〇県〇〇市△△1-1-1 請求者 共済 健太郎 電話番号 023-4567-8910

上記の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。

職名 〇〇区長 所属 〇〇区 氏名 所 雅治 公印

訂正する場合は公印の訂正印が必要です。 電話番号 03-1234-5678 担当者名 合田 景子

訂正する場合は本人印の訂正印が必要です。 共済組合 決定欄 課長 課長代理 担当

共済組合 決定欄

●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ご注意ください。

[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 請求対象月の短期共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ 4 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 41 登録番号

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	
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。		

訂正する場合は本人印の訂正印が必要です。

給料と標準報酬月額は記入する必要はありません。

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。

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。

請求期間以降の日付にしてください。

任意継続組合員の方は記入の必要はありません。

●太線枠内を記入してください

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	
年金について	年金申請状況	
	<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請手続き中 <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)	
	1 退職共済年金	円
	2 老齢厚生年金	円
	3 老齢基礎年金	円
	4 障害共済年金	円
	5 障害厚生年金	円
6 障害基礎年金	円	
7 障害一時金	円	
8 障害手当金	円	

上記の通り請求します。  
 東京都共済組合理事長 殿  
 年 月 日  
 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 023-4567-8910

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  
 所属所長  
 氏名  
 電話番号  
 担当者名

共済組合受付印  
 課長代理  
 担当

[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ご注意ください。  
 [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 請求対象月の短期共済掛金納入済納付書(写)※無給休職者のみ 4 その他