傷病手当金　請求書

京都市職員共済組合

組合員が記入するところ

組合員の記号・番号	○○○　―　××××××	所属	行財政局人事部厚生課 電話　075-222-○○○○
資格取得年月日	○○年　○○月　○○日	標準報酬月額	○○○○○　円
資格喪失年月日	年　月　日		
発病又は負傷した日	○○年　○○月　○○日	勤務できなくなった最初の日	○○年　○○月　○○日

傷病名等	傷病名	○○病
	傷病の原因	不明
	交通事故等、第三者による行為が原因となった傷病であるか	はい・いいえ

傷病手当金を請求する期間	○○年　○○月　○○日から　○○年　○○月　○○日まで　日間
公的年金又は障害一時金の受給の有無	あり・なし　※「あり」の場合は、下記に受給額等を記入してください。

受給額（年額）			
障害共済年金の額	円	支給開始年月	年　月
国民年金法による障害基礎年金の額	円	支給開始年月	年　月
障害一時金の額	円	支給年月日	年　月　日
退職老齢年金給付の額	円	支給開始年月	年　月

介護保険法による給付を受けている場合、介護保険被保険者証に記載されている事項を記入してください	被保険者番号	
	保険者番号	
	保険者の名称	

上記のとおり請求します。　○○　年　○○　月　○○　日

（あて先）京都市職員共済組合理事長

住所　京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町４８８番地

組合員の

氏名　共済　太郎

事務取扱者
所属の庶務担当者の記名又は押印

《提出にあたっての注意事項》

1　初回請求時は、事前に所属を通じて共済組合へお問い合わせください。

2　裏面の証明欄に記入を受けるとともに下記の添付書類を添えて提出してください。

3　公務上（通勤途上を含みます。）の負傷・疾病については、共済組合（短期給付）の給付対象にはなりません。

共済組合受付印

請求期間における出勤状況が確認できる書類	請求期間が含まれる月の出勤簿（初回のみ）
公的年金・障害一時金の支給額が確認できる書類（受給者のみ）	・公的年金等の年金証書、支給決定通知書又は振込通知書（直近のもの）の写し （初回の請求時のみ添付してください。ただし、傷病手当金の受給期間中に年金の受給額に変更があった場合は、必ず速やかに届け出てください。）

所属の証明欄

①　　年　　月　　日　　年　　月　　日 まで勤務しなかった期間に対して、
次の報酬を支払ったことを証明する。

①の期間中の就労状況を　出勤：◎、欠勤（無給：○）、欠勤(有給：△）、公休日：×　で表示してください。

月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

月	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

自　　年　　月　　日　　標準報酬月額　　円
至　　年　　月　　日　　期間中の報酬（月額）　　円

自　　年　　月　　日　　標準報酬月額　　円
至　　年　　月　　日　　期間中の報酬（月額）　　円

年　　月　　日
所属所長　又は　　職　　名
給与事務担当者　　氏　　名

所属所（市長部局であれば総務事務センター）にて証明しますので、所属では記入不要です。

		組合員の記号　番号	○○○　－　××××××
傷病名	○○病	発病又は負傷の原因	
発病又は負傷の年月日	○○　年　○○　月　○○　日	療養給付開始年月日	○○　年　○○　月　○○　日
傷病の主症状および経過の概要	上記疾病にて○○月○○日に診断、 経過は良好であるが、引き続き通院にて経過観察の必要あり。		
就労不能と認めた期間	○○　年　○○　月　○　日から ○○　年　○○　月　○○　日まで　○○　日間	左記期間中の診察実日数	○○　日

医師等の証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。　　○○　年　○○　月　○○　日

医療機関の所在地・名称　京都市○○区○○

及び　医師の氏名　○○クリニック　○○　○○

連絡先電話番号　（　　）　－

支給開始日	前回支給分	今回支給分
年　月　日から	年　月　日まで	年　月　日まで