傷病手当金附加金 請求書 （第 1 回）

整理番号	

組合員等記号番号	NGY　１２３４５	フリガナ 組合員氏名	キョウサイ　タロウ 共済　太郎	所属機関所属課	総務局〇〇課
資格取得年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日	資格喪失年月日	年　月　日		
傷病名	〇〇〇病	発病又は負傷の日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
		勤務できなくなった最初の日	令和 〇 年 〇 月 〇 日		
介護保険法による給付を受けたとき	被保険者番号:	保険者番号:	保険者名:		

年金等の給付を受けたとき	障害厚生(共済)年金	円	支給開始年月	年　月
	国民年金法による障害基礎	円	支給開始年月	年　月
	障害手当金(障害一時金)	円	支給年月日	
	退職老齢年金	円	支給開始年月	

支給されている場合は必ず記入ください。後日判明した場合は返還をしていただきます。

一月毎に請求すること

標準報酬	〇〇〇,〇〇〇 円	請求期間	令和〇年　10月　5日 から 令和〇年　10月　31日 まで
		請求金額	〇〇〇,〇〇〇 円

上記組合員の療養のため勤務できないことに関する医師の証明

(傷病名)
〇〇〇病

(勤務不能と認めた期間)
令和〇年 10月　5日～　令和〇年 10月 31日

請求期間と同じ期間か、請求期間を含む期間とする。

(症状及び経過など)
〇〇〇