

傷病手当金 請求書 (第 回)

傷病手当金附加金

整理 番号	
----------	--

組合員等 記号番号	NGY	フリガナ 組合員氏名		所属機関 所属課	
資格取得年月日	年 月 日	資格喪失年月日	年 月 日		
傷病名	発病又は負傷の日		年 月 日		
	勤務できなくなった最初の日		年 月 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年金		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	年 月
	退職老齢年金		円	支給開始年月	年 月
標準報酬	円		請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
			請求金額	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)		(勤務不能と認めた期間)		
	(症状及び経過など)		年 月 日 ~ 年 月 日		
		年 月 日	住所 病院名 医師名		
		証明者			
上記のとおり請求します。					
(あて先)名古屋市職員共済組合理事長					
		年 月 日	住所又 は所属 氏名		
		請求者			
この請求書の記載事項は事実と相違ないことを確認します。					
		年 月 日	職名		
		所属所長	氏名		
備考					
上記について支給を決定してよろしいか。					
事務局	次長	係長	係	決定額	円