

# 傷病手当金 請求書 (第 回)

## 傷病手当金附加金

整理 番号	
----------	--

組合員証 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 日
	退職老齢年金		円	支給開始年月	年 月
標準報酬	等級  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	証明者	住所 病院名 医師名		⑩
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					
		請求者	住所又 は所属 氏名		⑩
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					
		所属所長	職名 氏名		⑩
主管課	課長	係長	係	備考	
上記について支給を決定してよろしいか。					
事務局	課長	係長	係	決定額	
					円