傷病手当金
~~傷病手当金附加金~~ 請求書（第 1 回）

整理番号	

組合員証記号番号	NGY 123456	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○○課
資格取得年月日	~~昭和~~ 平成 ○○年○○月○○日	資格喪失年月日	平成 年 月 日		
傷病名	○○○病	発病又は負傷の日	平成 ○○年○○月○○日		
		勤務できなくなった最初の日	平成 ○○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 平成 年 月
	国民年金法による障害基礎年	円	支給開始年月 平成 年 月
	障害手当金(障害一時金)	円	支給年月日 平 日
	退職老齢年金	円	支給開始年月 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戻入をしていただきます。

一月毎に請求すること

標準報酬	○○ 等級 ○○○，○○○ 円	請求期間	平成 27年 10月 5日 から 平成 27年 10月 31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）
○○○病

（勤務不能と認めた期間）
平成 27年 10月 5日～ 平成 27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）
○○
○○
（現在の症状及び経過並びに勤務できない状況を詳しく記入ください。）

平成 27年 11月 2日

証明者
住 所 名古屋市○○区△△町1－2
病院名 □□□病院
医師名 院長 ○○ ○○ 院長 ㊞

請求期間の翌日以降に証明してもらう

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
平成○○年○○月○○日

請求者
住所又は所属 総務局○○課
氏 名 共済 太郎 共済 ㊞

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。

平成○○年○○月○○日

所属所長
職 名 総務局総務課長
氏 名 総務 一郎 総務 ㊞

主管課の課長に証明してもらう

主管課	課長	係長	係	備考

所属主管課の決裁欄

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

共済組合の決済欄