

傷病手当金請求書 (第 回)

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	証明者	住所 病院名 医師名		
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					
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					
備考					
上記について支給を決定してよろしいか。		決定額	円		
事務局	次長				