傷 病 手 当 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年	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

（症状及び経過など）
〇〇〇