

傷病手当金請求書

初回の申請時は「請求期間」の初日と医師による「労務不能と認められた期間」の初日は、「勤務できなくなった最初の日」と同一日としてください。

| | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------|--|----------------------------|----------------------|---------|
| 組合員記入欄 | 組合員証 | (記号) _____ (番号) _____ | フリガナ 組合員氏名 | 所 属 機関名 | 局 区 | 課 | |
| | 資格取得日 (横浜市入庁日) | 昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 資格喪失日 (退職日の翌日) | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| | 発病年月日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | 勤務できなくなった最初の日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| | 請求期間 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 まで | | | | | |
| | 標準報酬月額 (短期) | 等級 _____ 円 | | | | | |
| | 傷病名 | 業務外の疾病に限ります | | 傷病の原因は「第三者の行為 (交通事故等)」によるもの ですか | | はい ・ いいえ | |
| | 介護保険法の 適用を受けたとき | 保険者番号 | | 被保険者番号 | | 保険者名 | |
| | 下記の年金または障害一時金の受給の有無に○を付けてください。「有」の場合、年金は年額を、障害一時金は受給額を記入してください。併せて支給(開始)年月日を記入し、年金証書の写し等を添付してください。 | | | | | | |
| | 障害(共済又は厚生)年金 | 有・無・申請中 | 年額 _____ 円 | 支給開始年月 | 平成 _____ 年 _____ 月 | | |
| | 国民年金法による 障害基礎年金 | 有・無・申請中 | 年額 _____ 円 | 支給開始年月 | 平成 _____ 年 _____ 月 | | |
| 上記、障害年金を受給有または申請中と答えた方は障害年金の受給要因となった傷病名を記入してください | | | 傷病名 _____ | | | | |
| 退職老齢年金 | 有・無・申請中 | 年額 _____ 円 | 支給開始年月 | 平成 _____ 年 _____ 月 | | | |
| 障害一時金 | 有・無・申請中 | _____ 円 | 支給年月日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 組合員名義の振込先 金融機関名 | 銀行 金庫 | | 支店 | 口座番号 | 普通 | | |
| 上記のとおり請求します。 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | | | | |
| 横浜市職員共済組合理事長 _____ 組合員 郵便番号 _____ 住所 _____ 氏名 _____ (印) | | | | | | | |
| 医師の意見書欄 | 傷病名 | | | 初診日 | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | |
| | 労務不能と認められた期間 | ※療養のために就労できなかったと認められる期間(証明日以前の期間)をご記入ください。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | 左の期間中の 診療実日数 | _____ 日 |
| | ●傷病の主症状及び経過の概要 | | | | | | |
| | ●症状経過からみて労務不能と認められた医学的所見 | | | | | | |
| | 上記のとおり相違ありません。 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | | | |
| 医療機関所在地 _____ | | | | | | | |
| 医療機関名称 _____ 医師氏名 _____ (印) | | | | | | | |
| 担当課組合員記載事務欄 | 上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | | | | |
| | 共済組合事務担当課決裁欄 | | | | | | |
| | 課長 | 係長 | 係員 | 所属所長 職名 _____ または 職務代決者 氏名 _____ | (印) | | |
| 1 組合員記入欄の訂正には、組合員の訂正印が必要です。医師の意見書欄の訂正には医師の訂正印が必要です。 | | | 共済組合使用欄 | | 支給期間 | H . . ~ 支給日数 _____ 日 | |
| | | | | | 支給決定金額 | _____ 円 | |
| 2 裏面に出勤状況及び給与等の支給に関する所属長の証明を受けてください。 | | | | | | | |

(裏面あり)

職員番号

氏名

本人申請期間の平成 年 月 日から平成 年 月 日までの
出勤状況及び給与等の支払い状況を次の通り証明する。

1 申請期間中の出勤状況

(1) 有給休暇・病気休暇・私傷病欠勤を取得している場合 ※
※ 該当する休みの種類を○で囲み、取得日数を記入してください。

該当する期間の出勤簿及び休暇簿の写しを添付してください。

- (有給休暇 ・ 病気休暇 ・ 私傷病欠勤) 日間
- (有給休暇 ・ 病気休暇 ・ 私傷病欠勤) 日間
- (有給休暇 ・ 病気休暇 ・ 私傷病欠勤) 日間

(2) 私傷病休職(給与8割支給)期間の場合

平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで

(3) 私傷病休職(無給)期間の場合

平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで

2 申請期間中の給与等の支払い状況 (初回申請時又は申請期間が長期にわたる場合には、別紙「給与等支払い状況証明書」を使用してください。)

| 期 間 ※1 | 平成 年 月 日～ 日 | 平成 年 月 日～ 日 | 平成 年 月 日～ 日 |
|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| | 要勤務日数 日※ | 要勤務日数 日※ | 要勤務日数 日※ |
| | ※当該月の日数を記入 | | |
| 勤務に服することができなかった日数※2 | 日 | 日 | 日 |
| 標準報酬月額(短期) | 等級 円 | 等級 円 | 等級 円 |
| 給与等の支給割合※3 | 割 | 割 | 割 |
| 本来の支給額※4 | | 実支給額※5 | 実支給額※5 |
| 種別 | 金額 | | |
| 基本給 | 円 | 円 | 円 |
| 地域手当 | 円 | 円 | 円 |
| 初任給調整手当 | 円 | 円 | 円 |
| 扶養手当 | 円 | 円 | 円 |
| 住居手当 | 円 | 円 | 円 |
| 通勤手当 | 円 | 円 | 円 |
| 管理職手当 | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| | 円 | 円 | 円 |
| 計 | 円 | 円 | 円 |

- ※1 申請された期間すべてについて記入してください。暦月単位で記入してください。月の途中で給与の支給割合に変更がある場合は欄を分けて記入してください。
- ※2 休職中は祝日、年末年始の休日日も勤務に服することができなかった日に含めます。
- ※3 給与が減額されている場合、支給されている割合(8割、0割)を記入してください。
- ※4 減額される前の金額を記入してください。
- ※5 減額されている場合は減額後の額を、戻入があった場合は戻入後の金額を記入してください。

平成 年 月 日

所属機関の長

職 名

氏 名

公印

所
属
機
関
に
よ
る
証
明
欄