

傷病手当金の初回請求又は休業期間の延長に伴う請求前に提出する。

共済事務担当者印


傷病手当金及び同附加金認定申請書

傷病手当金又は傷病手当金附加金を受給し、復職した後、同一傷病により療養のため再び勤務に服することができなくなった場合は、復職後、報酬（給与）が支給された期間（病気休暇、有給休職期間等）は、傷病手当金等が支給されたものとみなし、支給期間に算入される。

組合員証 記号番号	公立鹿	234567	所属所名	
(フリガナ)	キョウサイ タロウ			退職
組合員氏名	共済 太郎			傷病手当金(同附加金)の受給歴 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
傷病名	病気休暇承認簿等により記入する。 ○○○○○			左記傷病の 初診年月日 平成 令和 △ 年 1 月 8 日
休業期間	病気休暇	平成 令和 △ 年 10 月 9 日 から	平成 令和 ○ 年 1 月 8 日 まで	●引き続き各 休業期間は1 行で記入してく ださい。また、 休業期間の延 長に伴う認定 の場合は、当 初の期間から 記入してくださ い。
	有給休職	平成 令和 ○ 年 1 月 9 日 から	平成 令和 ● 年 1 月 8 日 まで	
	無給休職	平成 令和 ● 年 1 月 9 日 から	平成 令和 ● 年 3 月 31 日 まで	
傷病手当金(同附加金) の算定基礎となる 平均標準報酬月額	590,000 円			●支給開始日の属する月以前の直近の継続した12月間の各月の標準報酬月額 の平均額を記入してください。
年金等の受給状況	障害厚生(共済)年金 老齢厚生年金	年額	平成 令和 年 月 分	<input type="checkbox"/> 支給開始 <input type="checkbox"/> 改定
<input checked="" type="checkbox"/> 受給権なし	障害基礎年金 老齢基礎年金	年額	平成 令和 年 月 分	<input type="checkbox"/> 支給開始 <input type="checkbox"/> 改定
<input type="checkbox"/> 受給権あり	障害手当金		平成 令和 年 月 日	支給
●「あり」の場合は右欄を記入				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合鹿児島支部長 殿				
令和 ● 年 1 月 9 日 申請者 氏名 共済 太郎 (組合員) 電話番号 (099 - 222 - 1111)				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〒 890-8577				
令和 ● 年 1 月 9 日 所属所所在地 鹿児島市共済町3-3				
所属所長 職・氏名 校長 鹿児島 一郎 電話番号 (099 - 111 - 2222)				

注 次の書類を添付してください。休業状況又は報酬の支給状況によっては、下記以外の確認書類を求める場合があります。

- ア 休職辞令の写し
- イ 医師の診断書(初診年月日、現在の病状、今後の見込み等が記載されたもの)
- ウ 有給休職を開始した月及びその前月の給与の支給内訳書(各月の給与について、追給又は戻入が生じた場合はその内訳書を含む。)の写し
- エ 障害年金、障害手当金又は老齢年金を受給している場合(受給権があり、受給予定である場合を含む。)は、受給額(年金の場合は年額)が確認できる年金額決定・改定通知書等の写し

※ 以下は共済組合記入欄

支給対象期間	傷病手当金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	傷病手当金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	附加金	年 月 日 から	年 月 日 まで
	附加金	年 月 日 から	年 月 日 まで

給付期間の認定を受けた後、傷病手当金及び同附加金請求書〔整理番号24〕を月単位で提出する。

R1.12改定〔整理番号23〕

2020年度 詳しくは共済のしおり（鹿児島支部ホームページ）を参照のこと