

傷病給付金請求書 (健康保険の傷病手当金受給終了者用)									
現職会員番号*右づめで記入してください		フリガナ		所属	市町村立				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>						会員氏名		所属 所名	学校
今回請求期間 (月単位)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	週休日を除く 請求日数		<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> 日… (A)					
標準報酬月額 の平均額	(支給開始日の属する月以前の直近の継続した12 か月間の各月の標準報酬月額の平均額) _____ 円		傷病手当金の 支給開始日	令和 年 月 日					
傷病手当金 算定額	標準報酬月額の平均額 ÷ 22 = 平均標準報酬日額 (10円未満四捨五入) _____ 円 平均標準報酬日額 × 2 / 3 = 給付日額 (円未満切り捨て) _____ 円… (B)		(A) × (B) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 円… (C)						
給料の支給額	_____ 円 ①	左記の 支給期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで						
厚生年金保険の 障害厚生年金月額	_____ 円 ②	左記の支給 開始年月日	令和 年 月 日	①+②+③ (控除額) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 円… (D)					
厚生年金保険の 障害手当金月額	_____ 円 ③	左記の支給 開始年月日	令和 年 月 日						
請求 金額	(C) - (D) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 円		を請求しますので、口座へ送金してください。 令和 年 月 日 一般財団法人北海道公立学校教職員互助会理事長 様 〒 _____ 住 所 _____ (自宅) () - _____ (携帯) () - _____ 氏 名 _____ (印)						
*現職会員本人が請求する場合は、押印を省略できます。									
送金 口座	口座振込(普通預金口座に限る)		●送金口座の記入にあたっては、入院見舞金請求書の裏面 を参照してください。		●口座名義は、会員(遺族が請求する場 合は、請求者)の名義であること。				
	銀行・金庫	本・支店	科目	口座番号(右づめ)	口座名義(カタカナ)				
	金融機関 コード	店 舗 コード	1	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>					
* ゆうちょ銀行を指定する場合は、記号番号も記入してください。(記号 _____ - 番号 _____)									
※ _____ ※ 査 査									
互助会受付印		入力金額	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> 円	傷 病 修正	整 理 番 号				
備 考				担 当					

(注) ※記入にあたっては必ず裏面に記載事項を参照してください。裏面にも記載事項があります。

療養のため勤務できないことに関する医師の証明				
療養者氏名		傷病名		
発病年月日	(該当に○印) 平成・令和 年 月 日	勤務できなくなった最初の日	(該当に○印) 平成・令和 年 月 日	
入院期間	(該当に○印) 平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
通院期間	(該当に○印) 平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
上記のとおり、当院において療養し、勤務できない症状であったことを証明します。 令和 年 月 日				
所在地 医療機関 名称 _____ 医師名 _____ (印)				

休職療養のため勤務しないことによる給料の減額又は無給であることの証明				
給料の支給年月日	現在級号俸 (金額)	給料の支給対象期間	給料の支給割合	給料のみの支給額 (手当及び控除額を除く)
	級号俸 (円)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	100	円
	級号俸 (円)	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	100	円
上記のとおり、給料を支払った（無給であった）ことを証明します。 令和 年 月 日				
所属所名 _____ 所属所互助会責任者（所属長） _____ 職・氏名 _____ (印)				

○ 注意事項

- 請求書は必ず月単位に作成し、上記の証明を受けてください。療養のため勤務できないことに関する医師の証明は、上記内容が明記されたもの（写し可）を添付される場合は、この証明は省略できます。
- 健康保険の傷病手当金が月の途中で終了した場合の請求書は、傷病手当金が支給された期間と支給終了後の期間を別葉に作成し、一括して提出してください。
- 障害厚生年金又は障害手当金を受給しているときの請求書には、次の書類を添付してください。
 - ・障害厚生年金（障害基礎年金）証書の写し
 - ・直近の障害厚生年金（障害基礎年金）の額を証明する書類（障害手当金の場合は、その支給を証明する書類）

※ その他給付金の審査決定上、必要と思われる参考資料を依頼する場合があります。