

『勤務できなくなった最初の日』について

初回請求時は必ず記載してください。(2回目以降の請求については、記載省略可)

傷病手当金の請求傷病での病気休暇の初日等、当該傷病にて労務不能となり継続して勤務を休んだ初日を記載してください。

注) 非常勤職員の方などで、年休を待期期間の初日として『勤務できなくなった最初の日』に申請する場合は、医師の意見書欄の『労務不能と認めた期間』において、当該期間についても医師の証明を受けてください。

例) △月1日(金)年休(有給)、2日(土)3日(日)・・・待期期間3日間

△月4日(月)～10日(日)病気休暇(無給)・・・傷病手当金請求期間

⇒医師の意見書欄の『労務不能と認めた期間』:△月1日～△月10日

※年休の場合は病気休暇と異なり所属所に診断書等を提出されていないため、医師の証明が必要です。

傷病手当金 請求書

組 合 員 記 入 欄	組合員	(記号) 1 (番号) 1234567	氏名	共済 太郎	
	所属所名称	〇〇局	生年月日	昭・平 〇〇年〇〇月〇〇日	
	傷病名	〇〇〇〇	発病又は負傷日	昭・平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	
			勤務できなくなった最初の日	平・令 〇〇年〇〇月〇〇日	
	発病又は負傷の原因	不明	第三者行為であるか否か	該当 ・ 非該当	
	傷病手当金の請求にかかる期間		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	通災による災害に係る休業補償等の現在の受給状況(いずれかを○で囲んでください。)		休業補償受給状況	受給中 ・ 請求中 ・ 請求予定 非該当	
	傷病の初診日から1年半経過すると障害年金を受給できる場合があります。(いずれかを○で囲んでください。)		障害年金請求予定	受給中 ・ 請求中 ・ 請求予定 ・ 現在請求権なし	
	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		
	金又は障害手当受給中の場合は記を記入してください。	給付金の種類			
支給開始年月		昭・平・令 年 月	給付額(年額)	金 円	
同意書添付の有無(いずれかを○で囲んでください。)			有 ・ 無 (既に提出済み)		
『傷病手当金の請求にかかる期間』 労務不能となり、継続して勤務を休んだ4日目から請求できます。 ただし、事業主から報酬が支払われている場合、その額が傷病手当金より多いときは支給されません。(報酬が少ないときは、その差額だけ支給されます。)		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	初回請求時、必須書類です。(傷病名が変わる場合含む)		
大阪市職員共済組合理事長 あて		住所	大阪市 〇〇区 〇〇 〇-〇-〇		
		氏名	共済 太郎		
		連絡先(電話番号)	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
傷病名	〇〇〇〇	診療開始日	平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
労務不能と認めた期間	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	左の期間中の診療実日数	〇 日		
次の項目について詳細に記入してください。 上記の期間における主症状及び経過					
上記傷病により、令和〇〇年〇〇月〇〇日から当院にて〇〇療法による治療を行っているが、いまだ〇〇と〇〇に痛みがあり、現在も〇〇療法にて治療中である。					
症状経過から見て労務に服することができないと認められた医学的な所見とその判断					
上記症状により治療中であるが、〇〇療法の副作用のため自宅にて安静を要し、治療に専念する必要があるため、労務不能と判断した。					
上記のとおり相違ありません。			令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医療機関所在地	〇〇 〇〇 〇〇	連絡先	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
医療機関名称	〇〇病院	医師氏名	〇〇 〇〇		

裏面は所属所記入欄ですので、記入不要です。

『傷病手当金の請求にかかる期間』
労務不能となり、継続して勤務を休んだ4日目から請求できます。
ただし、事業主から報酬が支払われている場合、その額が傷病手当金より多いときは支給されません。(報酬が少ないときは、その差額だけ支給されます。)

初回請求時、必須書類です。(傷病名が変わる場合含む)

年金を受けておられる方は、記載事項や添付書類に漏れがないよう、ご確認ください。

共済組合

(注1) 初めて請求される方は、別紙「同意書」も提出してください。
(注2) 年金又は障害手当金を受給したときや、その金額が変更されたときは、金額、種類のわかる書類を添付してください。