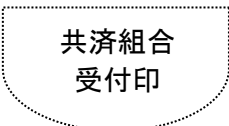


決裁欄	事務局次長	係長	係員	給付額決定年月日		令和 年 月 日	
				取得日	昭平令 年 月 日	喪失日	平令 年 月 日
種別	算式			控除額		支給額	
傷病手当金	(標準報酬月額)	(日数)	円	円		円	
	$\text{円} \times \frac{2}{3} \times =$						
同附加金	(標準報酬月額)	(日数)	円	円		円	
	$\text{円} \times \frac{2}{3} \times =$						
計	円			円		円	
傷手支給開始日	平・令 年 月 日	支給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				
附加支給開始日	平・令 年 月 日						

傷病手当金・同附加金 請求書

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号) — (番号)	氏名		
	所属名称		生年月日	昭・平 年 月 日	
	傷病名		発病又は負傷日	昭・平・令 年 月 日	
	発病又は負傷の原因		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		平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日		
	当該傷病の初診日から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	
	年金又は障害手当金受給中の場合は右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。無の場合は該当するものを○で囲んでください)			有 ・ 無 (既に提出済み ・ 同意しない)	
	上記のとおり請求します				
令和 年 月 日					
住所 _____					
組合員 氏名 _____ (印)					
連絡先(電話番号) _____					
大阪市職員共済組合理事長 あて					
医 師 の 意 見 書 欄	傷病名		診療開始日	平・令 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	左の期間中の診療実日数 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				
	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				
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関所在地			連絡先		
医療機関名称			医師氏名 _____ (印)		



(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は、金額、種類のわかる書類を添付してください。

番号				氏名							
標準報酬等級	第	級	標準報酬月額	円							
勤務しなかった期間				左記期間にかかる報酬を受ける場合の金額							
平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				金 _____ 円							
[報酬額に関する計算基礎] 月毎に作成してください。(支給割合が異なる場合はそれ毎に)											
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・
	至	平・令	年	月	日			・	・	・	・
									・	・	・
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。						休業中の報酬額					
給料						円					
地域手当						円					
通勤手当						円					
その他						円					
						合計 _____ 円					
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・
	至	平・令	年	月	日			・	・	・	・
									・	・	・
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。						休業中の報酬額					
給料						円					
地域手当						円					
通勤手当						円					
その他						円					
						合計 _____ 円					
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・
	至	平・令	年	月	日			・	・	・	・
									・	・	・
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。						休業中の報酬額					
給料						円					
地域手当						円					
通勤手当						円					
その他						円					
						合計 _____ 円					
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・
	至	平・令	年	月	日			・	・	・	・
									・	・	・
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。						休業中の報酬額					
給料						円					
地域手当						円					
通勤手当						円					
その他						円					
						合計 _____ 円					
当請求書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。											
令和 年 月 日											
所属機関の長 _____											
氏名 _____ (印)											

所属所記入欄

※所属所において出勤状況の内容が確認できる出勤簿等の写しを添付してください。
 ※所属所において初回及び復職後の再請求時には、病気休暇取得期間一覧を添付してください。