

傷病手当金請求書 (月分)

傷病手当金付加金

- 請求書は暦月ごとに作成してください。医師等の労務不能期間も暦月ごとに証明を依頼してください。
※初回請求の場合は、医師等の証明欄において実際の休業開始日から労務不能の証明を依頼してください。
- ボールペンで記入してください。こすると消えるボールペンや鉛筆での記載の場合は返送します。
- 訂正の場合は、二重線訂正の上、各欄証明者の印で訂正印を押印してください。
- *印欄は記入しないでください。

請求回数
※○を付してください。

1回目 ・ 2回目以降

34 01	1 13051	6 01	加入者等記号・番号				加入者氏名			生年月日		
	13091		県コード	学種	学校番号	個人番号	枝番			36 3昭 4平	年	月

傷病名	* 疾病コード	* 診療開始年月日	* 病種	* 確認
(1)	43	49 4 平 5 令	56 1 普通病 2 結核性	85
(2)	57	63 4 平 5 令	70 1 普通病 2 結核性	* 初月
(3)	71	77 4 平 5 令	84 1 普通病 2 結核性	87

発病または負傷の原因	発生状況(私的行為中・通勤中・勤務中・不詳)も明記してください。 ※通勤・業務中に発生した病気やケガの場合は労働基準監督署にお問い合わせください。	第三者による加害の有無	当該傷病による休業期間	
		有・無	自(休業開始日)	至(請求期間末日)

請求期間		注1) 左記請求期間が、「療養担当医師の意見等」欄の「①職種に対する労働能力が無いと認められた期間」内に含まれているか確認してください(医師が認めた期間外は請求期間に含めることができません)。 注2) 傷病手当金は暦月ごとに支給決定するため、同一月内の期間を記入してください。 注3) 請求期間が在職中である場合、送金は学校法人等への送金となります。
自	至	

* 個人番号	
--------	--

郵便番号	給付金受領者の住所(カタカナ)		
------	-----------------	--	--

(該当する金融機関を○で囲んでください) 給付金の送金先			
銀行	金融機関名(カタカナ)		口座名義人
信用金庫			(フリガナ)(漢字)
信用組合	店名(カタカナ)		預金目録
農協			123 124
労働金庫			口座番号
ゆうちょ銀行	*送金コード	記号	再発行コード
	131 132		137 138
			口座名義人
			(フリガナ)(漢字)

マイナポータル登録口座での受け取りを希望するときは右欄にチェックをしてください。

* 委任未済コード	* 請求者氏名
146	147

上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 日本私立学校振興・共済事業団 理事長 殿	請求者	郵便番号 (-) TEL 住所 (フリガナ) 氏名
上記の請求及び右記の学校法人等記入欄の証明は事実に相違ない事を認めます。 令和 年 月 日	学校法人等	郵便番号 (-) TEL 所在地 名称 代表者名

事務連絡先 電話番号	担当者 氏名
---------------	-----------

① 「傷病名」・「発病又は負傷の原因」欄については内容を別紙に記入の上、欄名を表書きした封筒に入れて請求書に添付してください。なお、当該欄には「別紙」とあり、と記入してください。

② 「療養担当医師の意見等」については切り離し、「医師の意見等」と表書きした封筒に入れて請求書に添付してください。

(①②両方ある場合は同じ封筒に入れてください。)

資格喪失者記入欄
(退職者で任意継続加入者を除く)

34
02

34
03

学校法人等記入欄	①当該傷病による休業期間				②左記休業期間のうち報酬の全額を支給した期間※1									
	自 (休業開始日)		至 (請求期間末日)		自		至		支給率	左記期間中の総支給額				
	36	年	月	日	43	年	月	日	5 令	5 令	5 令	5 令	(80%以上含む)	円
	5	令			5	令			5	令			100%	
	③今回の請求期間に対応する支給状況 ※2										職種名 (具体的に)			
	自		至		支給率		左記期間中の支給額 ※3							
58	年	月	日	65	年	月	日	%	72					
5	令			5	令			%						
79	年	月	日	86	年	月	日	%	93					
5	令			5	令			%						
100	年	月	日	107	年	月	日	%	114					
5	令			5	令			%						
121	年	月	日	128	年	月	日	%	135					
5	令			5	令			%						
請求期間中の出勤の有無		有 ※4		無		復職している場合はその年月日		月		日から出勤				

※1 有給休暇や規定上、80%以上支給する期間がある場合は期間中に支払った総支給額を記入して下さい。
 ※2 月の途中で支給率が変わる場合は、その期間ごとに区分して記入して下さい。
 ※3 請求期間の分として支給した報酬額を記入して下さい。(必要に応じて日割計算をしてください。)
 ※4 請求期間中に途中出勤した場合や、前回請求分から今回の請求までの間に請求しない期間がある場合は、その期間に対応する出勤簿(写)を添付して下さい。なお、出勤簿(写)には学校法人等代表者による原本証明が必要です。

34
10

請求者記入欄	1. 年金等について																				
	① 年金を受給していますか。該当するものに○を付けてください。 ※年金請求中の場合は、年金決定後に傷病手当金の請求をしてください。	はい ・ いいえ ・ 請求中																			
	② ①で「いいえ」以外で答えた場合は、該当の年金に○を付けてください。	ア.障害厚生年金(基礎年金・障害手当金を含む) イ.退職・老齢年金給付(基礎年金含む)																			
	③ ①で「はい」と答えた場合は、支払機関等をご記入ください。なお、請求の際は年金給付の年金証書等(写)及び直近の額を証明する書類(年金改定通知書等の写し)を添付してください。																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>支払機関(略称名)</th> <th>年金等の種類(名称)</th> <th>年金証書等の記号番号</th> <th>支払開始の年月</th> <th>現在の支給金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>年 月</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table>	支払機関(略称名)	年金等の種類(名称)	年金証書等の記号番号	支払開始の年月	現在の支給金額				年 月	円				年 月	円				年 月	円
支払機関(略称名)	年金等の種類(名称)	年金証書等の記号番号	支払開始の年月	現在の支給金額																	
			年 月	円																	
			年 月	円																	
			年 月	円																	
2. 雇用保険について(退職者のみ回答)																					
雇用保険を受給していますか。 ※雇用保険の受給又は受給申し込みをした場合は喪失後給付は打ち切りとなります。	1.はい 2.いいえ 3.延長手続きを行った 4.受給申込み中																				

※ 同日に傷病手当金等と年金等の支給を受ける場合は、傷病手当金等が調整されることがあります。また、遡及して年金等が決定・改定したときは、既支給の傷病手当金等の一部又は全部を返還していただくことがあります。

(プライバシーの保護を考慮する場合は点線で切り離してください。)

療養担当医師の意見等	療養者氏名	傷病名 (傷病名は原則として主病の順に記入願います)	診療開始年月日	結核性か否か	発病または負傷の原因			
		(1)	平令 年 月 日	結・否				
		(2)	平令 年 月 日	結・否				
		(3)	平令 年 月 日	結・否				
	①職種に対する労働能力が無いと認めた期間 (当該期間は月を跨がず、暦月ごとに証明してください。※欄外)	自 至						
	② 上記期間中の診療実日数	日間	③ 上記期間中の入院期間	令 年 月 日 ~ 令 年 月 日				
	①の期間中における「主たる症状及び経過」「治療内容、検査結果、療養指導」等(詳しく) ※②の診療実日数が0日間の場合は、前後の診療日及び当該期間中に対する投薬状況・療養指導等についても記載してください。			転帰				
				治癒	死亡	繰越	転医	中止
	症状からみて、従来の職種について労務不能と認められた医学的所見							
	上記のとおり相違ないことを認めます。		郵便番号() TEL					
	令和 年 月 日		所在地					
			医療機関名称					
			医師名					

※待期間を考慮する必要があるため、初回請求に限り休業開始日から証明していただくよう医師にご相談ください。