共済事務担当者印
㊞

傷病手当金及び同附加金認定申請書

組合員証記号番号	公立鹿		所属所名	
（フリガナ）		退職年月日	●退職者のみ記入する。	平成　年　月　日
組合員氏名		傷病手当金（同附加金）の受給歴	□ 有 □ 無	
傷病名		左記傷病の初診年月日	平成　年　月　日	

休業期間			
病気休暇	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		●引き続く各休業期間は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。
	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		
有給休職	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		
	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		
無給休職	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		
	平成　年　月　日 から 平成　年　月　日 まで		

短期掛金の基礎となる標準報酬	等級　第　級	標準報酬月額　円	

年金等の受給状況			
□ 受給権なし □ 受給権あり ●「あり」の場合は右欄を記入	障害厚生（共済）年金 老齢厚生年金	年額　円	平成　年　月分から □ 支給開始 □ 改定
	障害基礎年金 老齢基礎年金	年額　円	平成　年　月分から □ 支給開始 □ 改定
	障害手当金	円	平成　年　月　日 支給

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

平成　年　月　日　申請者（組合員）　住所

氏名　㊞

電話番号（　－　－　）

上記の記載事項は，事実と相違ないものと認めます。　〒

平成　年　月　日　所属所所在地

所属所長 職・氏名　印

電話番号（　－　－　）

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（所属所長の原本証明があるもの）

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。また，写しの場合は所属所長の原本証明があるもの。）

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（所属所長の原本証明があるもの）

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（所属所長の原本証明があるもの）

※　以下は共済組合記入欄

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