

支部長	理事	部長	GL	副GL	主査	グループ員

傷病手当金附加金請求書(表)

				決定額※		円
組合員等番号	組合員氏名		所属部(室)		グループ名	
傷病名	資格取得 年 月 日		資格喪失 年 月 日			
発病年月日	平成・令和 年 月 日	勤務できなくなった最初の日		令和 年 月 日		
療養のため勤務できないことに関する 医師の証明	(期間) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (証明日) 令和 年 月 日 (理由) 住所 医師 氏名 印					
標準報酬	第 級 円 (月額)	請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	日間	請求金額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>文部科学省共済組合広島大学支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 請求者 住所 氏名</p>						

- 裏面に給与事務担当者の証明を受けた上、組合に提出してください。
- 療養のため勤務に服することができない期間中に介護保険法の医療を受けたときは、同法の規定による被保険者証に記載されている保険者番号、被保険者番号及び保険者の名称を記入してください。
- ※印欄は記入しないでください。

部局受付年月日	受付者

