

# 傷病手当金・傷病手当金附加金請求書（請求者記入）

請求書を記入する前に...

共済組合ホームページで傷病手当金が請求可能か確認してください。

郵政共済 傷病手当金



## 同意事項（記入がない場合、不備といたしますので必ずご記入ください。）

傷病手当金の請求に当たり、以下4項目に同意します。

- 記入した事項について事実に相違ありません。
- 傷病手当金支給期間中に就労していた等、本請求内容が事実と相違していた場合は、速やかに共済組合へ返還することを誓約します。
- マイナンバーによる地方税情報の照会に同意します。
- 傷病手当金の請求期間に就労している疑いがある等の疑義がある場合は、共済組合から会社や医療機関に照会が入る場合があることを承知しています。

請求日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

請求期間				
令和		年		月
				日
				日
				日
				日

組合員番号（社員番号）					署名（組合員氏名）				
					(フリガナ)				

組合員情報	住所	(〒 )									
	日中連絡先	TEL	-			-					
	資格取得日（採用日）	昭和・平成・令和	年	月	日	資格喪失日（退職日の翌日）	令和	年	月	日	

確認事項	1. 傷病名		2. 初診日（発病または負傷の日）	平成	年	月	日
	以下の3～5について1つでも当てはまる場合は「1.はい」、当てはまらない場合は、「2.いいえ」、請求中の場合は、「3.請求中」に○をつけてください。			1. はい → 傷病手当金請求不可			
	3. 当該傷病について、労働災害又は通勤災害ですか。			2. いいえ			
	4. 労災保険から休業補償給付を受けている期間のものですか。			3. 請求中 → 共済組合へ連絡（0120-97-8484）			
	5. 傷病の原因が第三者の行為（交通事故等）によるもので、休業補償を受けている期間のものですか。						

確認事項	6. 「障害年金（共済・厚生・基礎）」または「障害手当金」を受給していますか。	1. はい 2. いいえ 3. 請求中	年金額	万円
	(1) 「はい」もしくは「請求中」の場合...どちらを受給していますか。	1. 障害基礎年金のみ 2. 障害年金(共済・厚生) 3. 障害手当金		
	(2) 「はい」もしくは「請求中」の場合...受給の要因となった(なる)傷病名をご記入ください。	傷病名		

年金等を受給している方...「提出書類一覧」をご確認のうえ、添付書類をお送りください。  
 ※ 年金が決定した場合又は年金額が改定された場合は、遡って傷病手当金の調整（精算）を行う場合がありますので、**年金証書や年金額に関する通知**を受け取った場合は、速やかにご提出願います。

8. 組合員以外が請求書を記入する場合...記入者情報を記入してください。	記入者氏名	(フリガナ)			続柄
	日中連絡先	TEL	-	-	

※ 給付金は共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座へ送金いたします。

処共 理組 欄合	受 付 印		日 数	月 額	決 定 円 額	円
				日 額		

