

共済組合の傷病手当金を「初めて受給される方」または「受給の可否をご希望の方」は以下に記入の上、市ヶ谷センターまでご提出下さい。確認次第、市ヶ谷センターの休業給付担当より「受給可否の通知」と受給可能な場合は「傷病手当金試算表」と「支給（予定）スケジュール」をお送りし、受給に必要な書類等お手続きのご案内をいたします。

1 ご相談者様の情報をご確認下さい。

① 組合員種別 (該当する方を○で囲って下さい) 自衛官・事務官等

注：指定職自衛官の方、特定任期付自衛官の方は事務官等に○をして下さい。

② 所属部隊等名

③ 組合員氏名 (フリガナ)

(氏 名)

④ 組合員生年月日

⑤ 連絡先 (日中ご連絡できる電話番号を (ハイフンなしで) ご記入下さい)

連絡先 (携帯等)

連絡先 (上記以外)

注：確実にご連絡の取れる連絡先のご記入をお願いします。

ご所属の人事または庶務担当 (部署名)

部署の連絡先 (部隊専用線) (専用線)

該当する方を○で囲って下さい。指定職自衛官の方、特定任期付自衛官の方は事務官等に○をして下さい。

ご自身が在籍されている所属部隊等名をご記入ください。

ご自身が休職中、主にやり取りをされている部署とその内線をご記入ください。

2 ご相談者様の現在の状況について、次の(ア)～(ウ)より該当するものを○で囲み、該当する記述箇所にご記入下さい。

(ア) 在職している (退職の予定はなし)

(在職している方は) 休職中ですか？ 次のaまたはbのうち該当する方を○で囲って下さい。

(a) はい (休職発令を受けて療養中) b. いいえ (有休・病休・欠勤等で療養中)

(イ) 退職済み (退職日)

(ウ) 在職しているが退職する予定 (退職予定日)

注：(イ) (ウ) を選択された方 退職後に任意継続組合員制度に加入されない方は、電子申請の利用ができないため、郵送でのやり取りになることをご了承下さい (郵送にかかる費用はご自身の負担になります)。

3 以下の項目で該当するものに同意または選択して下さい。

- ① ご相談者様は現在同じ傷病により3日間連続で勤務できない日があり、その状態が4日以上継続していることについて、別紙の同意書 (HPに様式があります (※)) に記入と提出をお願いします。
- (※) 3の①、⑤、⑥、⑦に示す同意書の様式は共用になります。
- ② ①の傷病名について教えてください (ア) または (イ) のうち該当するものを○で囲い、(イ) の場合は傷病名を記入してください。
- (ア) 結核性のもの (イ) その他 (傷病名: **例) 神経症性障害**)
- ③ ②で回答された傷病名ですが、過去に同じ傷病 (因果関係のある傷病も含む。(注)) で傷病手当金を受給したことはありますか？
- 次の(ア) または (イ) より該当するものを○で囲って下さい。 (ア) ある (イ) ない
- (注) 「同じ傷病」には、医師が臨床的に診断の結果、治癒したものと認め、かつ、療養を離れてから3か月を経過した後に再発した傷病は該当しません。
- ④ ②の傷病の原因について、次の(ア) または (イ) のうち該当する方を○で囲って下さい。
- (ア) 公務上 (業務上) の発生ではなく、第三者の行為にも該当しない。
- (イ) 公務上 (業務上) によるもの、または第三者の行為のいずれかに該当する。
- 注1 第三者の行為とは、他者 (加害者) の行為によって生じた傷害や損害を指し、主に交通事故や傷害事件のこと。
- 注2 公務上 (業務上) により発生したもの、また第三者の行為によるものは、これらの休業補償を受けた額を限度に、傷病手当金の一部、若しくは全部を受給することができません。

(申請者全員) 別紙の同意書の該当欄 (同意書 (1)) に○を記入してください。

(2/2)

氏名 **防衛 太郎**

(2枚目の先頭箇所)に所属部隊等名と氏名をご記入ください。

⑤ (④で(イ)と回答された方)休業補償まで相当期間を要する等の理由で、傷病手当金の受給を希望される方は、後日返納となることを条件に受給することについて、同意書に記入と提出をお願いします。

④で(イ)と回答された方は、別紙の同意書の該当欄(同意書(2))に○を記入してください。

⑥ ②の傷病により傷病手当金を請求する際には、「就労が不可であること」を所定の様式にて、各月ごとに医師の証明を受けることについて、同意書に記入と提出をお願いします。

(申請者全員)別紙の同意書の該当欄(同意書(3))に○を記入してください。

⑦ 障害年金(または障害手当金)の受給状況について、次の(ア)～(ウ)のうち該当するものを○で囲って下さい。なお、(イ)または(ウ)を選択した方は、同意書への記入と提出をお願いします。

注:障害年金(または障害手当金)の受給額の範囲で、傷病手当金の支給額が調整されます。受給申告を失念して後に受給が発覚した場合は、調整分を返納していただくことになりますので、申告漏れのないようお願いいたします。また、後日受給が決定した場合は、必ず市ヶ谷センターへ申告して下さい。

- (ア) 現在受給している。 (イ) 現在受給しておらず、今後も請求する予定はない。
- (ウ) 現在受給していないが、今後請求する予定であり、受給が決定したら申告する。

(イ)を選択した方は、別紙の同意書(5)、(ウ)を選択した方は、別紙の同意書(4)、チェック欄に○をしてください。

4 以下(A)を回答の上、(B)(C)に示す提出書類を該当する方は相談シートと一緒にご郵送下さい。

注:郵送にかかる費用はご自身の負担となることをご了承下さい。

(A)人事に診断書を提出していますか?該当する方を○で囲って下さい。

(ア) はい (イ) いいえ

該当する方に○をつけて下さい。

(B) (3の⑦で(ア)と回答された方)年金額決定通知書の写し

- ※障害手当金を受給された方は支給決定通知書の写しをご提出ください。
- ※年金額の改定があった場合も速やかに年金額改定通知書の写しをご提出ください。
- ※これから申請される方・申請中の方は決定次第、速やかにご提出下さい。

(B)(C)で、申請者が該当する書類を提出して下さい。

(C) 3の①、⑤、⑥、⑦に関連する同意書(様式はHPに掲載)

5 その他、お伝えしたいことがございましたら、ご記入と必要に応じて関連書類を添付して下さい。

- 例1 私に電話する場合は日中の15時以降にお願いします。
- 例2 毎月○日頃に人事担当の○○班長と面談しております。 等

傷病手当金相談シートや今後、傷病手当金受給の請求等において、お伝えしたいことがありましたら記入ください。書ききれない場合は他の紙(様式は問いません)に書いて下さい。

記入は以上となります。

準備が整い次第、「傷病手当金試算表」をご自宅等へ郵送いたします。

※ご提出いただいた内容につきまして、担当から連絡をさせていただく場合がございます。

※ご提出いただきました書類は返却いたしませんのでご了承下さい。

傷病手当金相談シート提出に当たっての同意書

防衛省共済組合 市ヶ谷センター所属所長 殿

私は、傷病手当金相談シート（以下「相談シート」という）の提出において以下の（１）～（５）の項目のうち、該当するものについてチェック欄に○をすることにより同意します。また不備等がありましたら、差し替え等に応じることに同意します。

同意項目	チェック
（相談シート申請者全員） （１）相談シート３の①に記載されているとおり、同じ傷病により３日間連続で勤務できない日があり、その状態が４日以上続いている状態であることを前提の上、相談シートを提出することについて	○
（相談シート３の⑤に該当する方のみ） 国家公務員共済組合法第４７条及び第６６条第１４項及び第１５項を理解の上、公務災害等または第三者による加害行為が原因で、傷病手当金を申請するが、後日、公務災害等の認定によって休業補償を受けた場合、または加害者から休業補償を受けた場合は、市ヶ谷センターへ直ちに連絡するとともに、受け取った休業補償の価額を限度に、先に給付を受けた共済組合の傷病手当金の一部、若しくは全部を返納することについて	
（相談シート申請者全員） 相談シート３の⑥に記載されているとおり、傷病手当金を請求する際には、「就労が不可であること」を所定の様式にて、各月ごとに医師の証明を受けることについて	○
（相談シート３の⑦で（ウ）を選択した方のみ） 下記の a、b について （４） a 障害厚生年金・障害基礎年金が支給決定次第、年金額決定通知書を速やかに提出すること（障害手当金を受給した場合は支給決定通知書の写しを速やかに提出することについて） b 年金額の改定があった場合も速やかに年金額改定通知書の写しを提出すること	
（相談シート３の⑦で（イ）を選択した方のみ） 現在は、障害厚生年金・障害基礎年金または障害手当金を請求する予定はないが、今後これらを請求することとなった場合、下記の a、b について （５） a 障害厚生年金・障害基礎年金が支給決定次第、年金額決定通知書を速やかに提出すること（障害手当金を受給した場合は支給決定通知書の写しを速やかに提出すること） b 年金額の改定があった場合も速やかに年金額改定通知書の写しを提出すること	

この項目は提出者全員同意チェックをお願いします。

相談シート３の⑤に該当する方
 （休業している傷病の原因が、公務上（業務上）発生したものであるもの、または、第三者行為によるものである方で傷病手当金の受給を希望される方）
 は、この同意欄にチェックして下さい。

この項目は提出者全員同意チェックをお願いします。

相談シート３の⑦のウに該当する方
 年金等各種（障害厚生年金・障害基礎年金または、障害手当金のいずれか）を現在請求中であり現在提出ができない方は、この同意欄にチェックして下さい。

相談シート３の⑦のイに該当する方
 年金等各種（障害厚生年金・障害基礎年金または、障害手当金のいずれか）を請求する予定がない方におかれましては、万が一、今後請求することとなった場合、これら各決定通知書をご提出していただく必要があるという趣旨をご了承いただきたく、この同意欄にチェックをお願いします。

申告日をご記入ください。

申告日 2026 年 ○月 ×日

所属部隊等名	〇〇隊××科
組合員氏名	(フリガナ) ボウエイ タロウ
	(氏名) 防衛 太郎
	(生年月日) 1990年 1月 1日

関連条文（国家公務員共済組合法）

第４７条 組合は、給付事由（第７０条（弔慰金及び家族弔慰金）又は第７１条（災害見舞金）の規定による給付に係るものを除く。）が第三者の行為によって生じた場合には、当該給付事由に対して行った給付の価額の限度で、受給権者（当該給付事由が組合員の被扶養者について生じた場合には、当該被扶養者を含む。次項において同じ。）が第三者に対して有する損害賠償の請求権を取得する。

２ 前項の場合において、受給権者が第三者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、組合は、その価額の限度で、給付をしないことができる。

第６６条

１～３（略）

１４ 傷病手当金は、同一の傷病に関し、国家公務員災害補償法の規定による通勤による災害に係る休業補償若しくは傷病補償年金又はこれらに相当する補償（次項において「休業補償等」という。）が行われるときは、支給しない。

１５ 組合は、前項の規定による傷病手当金に関する処分に関し必要があると認めるときは、休業補償等の支給状況につき、休業補償等の支給を行う者に対し、必要な資料の提供を求めることができる。