

ゆとり様式集

(令和7年度版)

千葉県教育委員会

公立学校共済組合千葉支部

ゆとり様式集

目 次

○退職手当関係

退職手当受給方法等申出書	1
--------------	---

○年金関係

再交付自動受付メモ	3
年金待機者異動報告書	4
源泉徴収票・準確定申告用源泉徴収票交付(再交付)申請書	6
年金証書・改訂通知書・振込通知書再交付申請書	9
委任状	13
年金受給権者受取機関変更届	15
年金受給権者氏名変更届	18

○組合員資格関係

任意継続組合員申出書	20
被扶養者申告書	22
預金口座振替依頼書	24
任意継続組合員申出書の取り下げ申請書兼任意継続掛金返還請求書	26
任意継続組合員資格喪失申出書兼任意継続掛金還付請求書	28
在職等証明書	30
被扶養者認定・取消申告書	32
扶養事実申述書	35
任意継続組合員・任意継続組合員被扶養者登録事項変更申告書	37
資格確認書等(再)交付申請書	39

○医療費関係

公立学校共済組合限度額適用認定申請書	41
公立学校共済組合限度額適用認定証返納届	43
出産費家族出産費・同附加金請求書	44
傷病手当金・傷病手当金附加金請求書	48
埋葬料家族埋葬料・同附加金請求書	58

○厚生関係

宿泊施設特別利用者証交付申請書	61
-----------------	----

○互助会関係

退職慰労金返還請求書	62
------------	----

第一号様式（第二条第一項）

退職手当受給方法等申出書

退職者	退職時所属	退職者氏名	退職年月日		退職後の職業 就職年月日	
			年月日		年月日	
退職手当受給方法	<input type="checkbox"/> 現金払					
	<input type="checkbox"/> 隔地払	支払場所の 金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 支店			
			<input type="checkbox"/> 郵便局			
	<input type="checkbox"/> 口座 振替払	振込先の 金融機関名	銀行 金庫 組合 ()	支店	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通預金
						<input type="checkbox"/> 当座預金
		預金口 座番号	預金口 座名義 人氏名	(フリガナ)		
<input type="checkbox"/> 小切手払						

上記退職者に係る退職手当について、上記退職手当受給方法により支給されるよう申し出ます。

千葉県教育委員会 様

年月日

受給者 (申出者)	住 所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
	退職者 と 続 柄	<input type="checkbox"/> 本人	氏 名	
	<input type="checkbox"/> 遺族()			

<「退職後の職業・就職年月日」(以下、「退職後の就職予定」という)の記載方法について>

1 退職後の就職予定は、退職手当支給の要否(※)を判断するために必要な情報です。必ず正確に記載してください。特に、下記の(2)にあたる場合は、就職予定先にも就職予定の内容をよく確認した上で、正確な内容を記載してください。

※ 退職日の翌日から引き続いて公務員等となる場合は、原則として勤続期間が通算されて、次の就職先で退職手当を受け取ることになります。(勤続期間の通算規定がない一部自治体や、退職手当の支給対象ではない再任用、非常勤(会計任)職員となる場合などを除く。)

2 退職後の就職予定は、以下の(1)～(3)のいずれかを記載してください。(「未定」は使用しないこと。)

(1) 退職日翌日に、就職、就労しないことが確定している場合(退職日翌日以降から求職活動を始める場合を含む)。

退職後の職業：無職

就職年月日：記載不要

(2) 退職日翌日(以降)に国や県、他の市町村等の公共団体に就職予定の場合。

退職後の職業：就職先の組織名と採用形態

(例：○○県正規、□□県臨任、△△市非常勤(会計任)、再任用など)

就職年月日：実際の就職予定年月日

※ 定年前再任用短時間勤務職員、暫定再任用職員となる場合、退職後の職業は「再任用」と記載する。

(3) 退職日翌日(以降)に、(2)以外に就職・就労予定の場合。

退職後の職業：就職先名(例：民間企業、独立行政法人、自営業、など)

就職年月日：実際の就職予定年月日

3 退職後、引き続き就職する意向はあるが、応募予定、採用選考中などのため、申出書記載時点で就職の予定が確定していない場合、(2)及び(3)のとおり記載した上で、以下のとおり記載してください。

(1) 実際の状況を、可能な限り詳細に記載すること。

(例：○○県正規採用選考中、△△県臨任採用継続希望中、民間企業採用選考中、など)

(2) 千葉県以外に就職予定の場合、欄外に採用選考等の結果が判明する予定年月日を記載すること。

(3) 選考中の就職予定先が複数ある場合は、第一希望を欄内に記載し、欄外に他の就職予定先も記載すること。

4 3の選考等の結果が判明した場合、その他2で記載した退職後の就職予定に変更が生じた場合は、判明した時期にかかわらず、速やかに所属の退職手当事務担当者に連絡し、申出書の修正等を行ってください。

【※以下は、所属の退職手当事務担当者向けの説明です。】

1 退職後の就職予定が正確に記載されているか、退職者本人とよく確認してください。

2 退職者から退職後の就職予定に変更が生じた旨の連絡があった場合、速やかに教育庁福利課(市町村立学校の場合は管轄の教育事務所)に連絡し、申出書や公立学校職員退職手当算定報告書等の修正・差し替えの指示に従ってください。

再交付自動受付メモ

①太枠部分をあらかじめご記入ください。

おたずねする項目	お 答 え							
年金証書番号 (8ケタ)								
番号の確認	よい場合 → 1				訂正する場合 → 9			
再交付する書類	源泉徴収票 → 1 扶養親族等申告書 → 3 年金受給権者 受取機関変更届 → 5							
書類の確認	よい場合 → 1				訂正する場合 → 9			

②専用電話にダイヤルしてください。 ☎ 03-5259-8852

③音声ガイダンスにしたがって電話機のボタンを押してください。

※ 年金証書番号は8ケタです。年金証書・支払通知書等でご確認してください。

○ お手元の年金証書等が平成14年度以前に発行されたものであるとき、年金証書番号が7ケタで表示されています。この場合は、年金証書番号の頭に「0」をつけてください。

8ケタ表示の場合

(支部) (種別) (年金証書番号8ケタ)

01-23-12345678



1	2	3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---	---	---

7ケタ表示の場合

(支部) (種別) (年金証書番号7ケタ)

01-23-1234567



0	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

資料番号	キー番号					データNO
	支部	番号				
1 57	3 0 0 5	/	/	/	/	/

本部受付印

年金待機者異動報告書

公立学校共済組合理事長 殿

次のような異動が生じましたので、必要書類を添えて、提出します。

〔共通記入項目〕

年金待機者番号						退職した都道府県	届出日	令和年月日				
								退職年月日	昭平令年月日	年	月	日
氏名	フリガナ	・					生年月日	大昭平令年月日	年	月	日	
	漢字	(氏)	(名)									
17 05 基礎年金番号	19	-					※基礎年金番号のわかるものの写しを必ず添付してください。					
現住所(注)	〒 -										電話番号	-

(注) 転居または住居表示変更の届出を行う場合には、下段の「転居または住居表示の変更」欄に住所を記入していただきますので、本欄への住所記入は省略して結構です。

※該当する異動事由の□にレ印をつけた上で、太枠線内に必要項目を記入してください。



氏名の変更 ※氏名変更の事実を確認することができる戸籍抄本を必ず添付してください。

17 01 基礎年金番号	新氏名					旧氏名					判別用欄	
	フリガナ	19	・				フリガナ	19	・			
17 02 漢字	19	(氏)	(名)				漢字	(氏)	(名)			

転居または住居表示の変更 ※フリガナについても必ず記入してください。

17 03 郵便番号	新住所					共済組合使用欄			
	19	□□□-□□□	26	フリガナ	33		48		
17 04 上記住所のつづき	住所	19	都・道・府・県	27	市・郡・区(東京都)	43	町・村・区(特定都市)		
17 03 漢字	63	フリガナ	59	町名番地等					
17 04 電話番号	- - -					←市外局番から記入してください。			

判別用欄
37

共済組合使用欄
103

基礎年金番号の登録または変更

死亡

組合員であった方の死亡年月日	組合員であった方の組合員期間(注)					組合員であった方の退職当時の所属機関名 (記入例: ○○県教育委員会)						
	元号	年	月	日	昭・平・令年月日から				昭・平・令年月日まで			
					報告者氏名等							
					フリガナ	・	続柄	夫・妻・子その他()				
報告者住所	〒 -										電話番号	-

(注) 組合員期間が複数ある場合は最後の退職に係る組合員期間を記入してください。

R7.04

年金待機者異動報告書の提出について

公立学校共済組合の組合員であった方で、老齢厚生年金の支給開始年齢に到達していない方が、退職後に氏名・住所などが変更になったときに提出してください。

1 記入方法

〔共通記入項目〕欄に氏名、生年月日等を記入の上、「氏名の変更」、「転居または住居表示の変更」、「基礎年金番号の登録または変更」または「死亡」欄のいずれか該当する異動事由の□にレ印をつけた上で、必要事項を記入してください。

- ※ 年金待機者番号が分からぬ方は、当該欄は空欄で提出してください。
- ※ 基礎年金番号が分からぬ方は、お近くの年金事務所にお尋ねください。
- ※ 原則、住所は住民票上の住所を記載してください（住民票の添付は必要ありません。）。

2 添付書類

異動事由に応じて次に掲げる書類を添付してください。

異動事由	添付書類
氏名の変更	① 氏名変更の事実を確認することができる戸籍抄本 ② 基礎年金番号が確認できる基礎年金番号通知書または年金手帳の写し
転居または住居表示の変更	基礎年金番号が確認できる基礎年金番号通知書または年金手帳の写し
基礎年金番号の登録または変更	基礎年金番号が確認できる基礎年金番号通知書または年金手帳の写し
死亡	死亡の事実が確認できる戸籍抄本または住民票

【ご家族の方へ】

公立学校共済組合の組合員であった方で年金の請求をされていない方が亡くなられた場合

大変お手数をお掛けしますが、「年金待機者番号」「組合員であった方の氏名」および「死亡」欄に必要事項を記入の上、当共済組合本部に提出してください。

なお、お亡くなりになったことに伴い遺族厚生年金を請求できる場合もありますのでご相談ください。

提出先および連絡先

〒101-0062

東京都千代田区神田駿河台2-9-5

公立学校共済組合本部年金部

☎ 03-5259-1122

午前9時～午後5時30分

月曜日～金曜日

(祝日・年末年始を除きます。)

受付番号

届書
コード

令和 年 月 日 提出

源 泉 徴 収 票 交付（再交付）申請書
 準確定申告用源泉徴収票

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は、左詰めでご記入ください。

① 個人番号 または 基礎年金番号								
② 年金コード 〔再交付を希望する年金コードを右側にご記入ください。〕								
③ 生年月日 〔該当する元号を○印で囲んでください。〕	明治 大正 昭和 平成				年	月	日	
④ 受給権者氏名	(フリガナ)							
⑤ 受給権者住所	〒 —							
⑥ 電話番号	— —							
⑦ 再交付または交付を申請する年区分 〔該当する元号を○印で囲んでください。〕	平成・令和 年分			平成・令和 年分				
	平成・令和 年分			平成・令和 年分				
⑧ 再交付または交付を申請する理由	ア. 確定申告または準確定申告のため イ. 所得証明のため ウ. その他（具体的な使用目的をご記入ください。） 〔 〕							

これ以降は、受給権者の方がお亡くなりになっている場合にご記入ください。

⑨ ご遺族の方の 氏名および 受給権者との続柄	(フリガナ)				続柄
⑩ ご遺族の方の住所	〒 —				
⑪ 準確定申告用の源泉徴収票が 必要な場合はその年区分 (該当する元号を○印で囲んでください。)	平成・令和 年分				

公立学校共済組合
年金証書記号番号

—

実施機関等
受付年月日

再交付を希望する方に✓を入れてください。

この欄は公立学校共済組合記入欄です。
申請者は、記入しないでください。

記 入 例 (平成27年10月以後に受給権の発生した年金)

基礎年金番号または個人番号と再交付を希望する年金コードを記入してください。

該当する元号を○で囲み、生年月日を記入してください。

住所を記入してください。
マンション等にお住いの方は、名称、部屋番号も記入してください。

再交付を申請する理由を○で囲んで下さい。
「c その他」の場合は具体的な内容を()内に記入してください。

提出年月日を記入してください。

年金を受けている方の氏名を記入してください。

電話番号を記入してください。

再交付を希望する年を記入してください。

ご遺族の方が申請されるときは、④、⑤、⑦欄も記入してください。

受付番号											届書コード			
令和4年3月31日 提出														
<input checked="" type="checkbox"/> 源泉徴収票 交付(再交付)申請書 <input type="checkbox"/> 準確定申告用源泉徴収票														
基礎年金番号(10桁)で届出する場合は、左詰めでご記入ください。														
① 個人番号 または 基礎年金番号	9	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
② 年金コード (再交付を希望する年金コードを右側に記入ください。)	1	1	5	0	1	1	7	0						
③ 生年月日 (該当する元号を○印で囲んでください。)	明治	大正	昭和	平成	3	0	1	0	0	1	年	月	日	
④ 受給権者氏名	(フリガナ) コウリツ タロウ 公立 太郎													
⑤ 受給権者住所	〒162-0000 東京都千代田区神田駿河台2-9-5 ○○マンション 222号室													
⑥ 電話番号	03-5259-1122													
⑦ 再交付または交付を申請する年区分 (該当する元号を○印で囲んでください。)	平成・令和 2年分				平成・令和 3年分									
⑧ 再交付または交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 確定申告または準確定申告のため <input type="checkbox"/> 所得証明のため <input type="checkbox"/> その他(具体的な使用目的をご記入ください。)													

これ以降は、受給権者の方がお亡くなりになっている場合にご記入ください。

⑨ ご遺族の方の氏名および受給権者との続柄	(フリガナ)		続柄
⑩ ご遺族の方の住所	〒 一		
⑪ 準確定申告用の源泉徴収票 (該当する元号を○印で囲んでください。)	平成・令和 年分		
⑫ 公立学校共済組合年金証書記号番号	31-12345678		
実施機関等 受付年月日			

公立学校共済組合の年金証書記号番号を記入してください。

記入上の注意点

1. 再交付を希望する方は、源泉徴収票または準確定申告用源泉徴収票のいずれかに
✓をしてください。
2. 平成27年9月30日までに年金の受給権が発生した共済年金等及び厚生年金等を受給されている方は、それぞれの実施機関へ再交付申請をする必要があります。
※ それぞれの実施機関へ再交付申請をするため、年金コードの記入は不要です。
3. 平成27年10月1日以降に年金の受給権が発生した厚生年金を受給されている方で、複数の年金コードを記載した方は、公立学校共済組合へ申請すれば、年金コードを記載した他の実施機関へこの申請書が回付されますので、それぞれの実施機関へ申請する必要はありません。（公立学校共済組合を経由して回付されますので、発行までにお時間がかかります。）
年金コードがわからない場合は、欄外にどこの機関から年金を受給しているか記入してください。
4. 障害（共済・厚生）年金および遺族（共済・厚生）年金は、非課税のため交付対象外です。
5. 年金受給者であった方がお亡くなりになり、そのご遺族（配偶者や子等）の方が申請する場合は、ご遺族であることがわかる書類を別途お願いする場合があります。
6. 個人番号を記入した場合は、次の（1）または（2）のコピーを添付してください。
 - （1）マイナンバーカード
 - （2）以下の2種類の資料（⑦と①1種類ずつ）
⑦個人番号が確認できる書類：個人番号が記載された住民票または通知カード（氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る）
①身元確認ができる書類：運転免許証、旅券、身体障害者手帳、療育手帳、在留カード等

受付番号	届書 コード
------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-----------	-------

令和 年 月 日提出

- 年金証書
 改定通知書再交付申請書
 振込通知書

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は、左詰めで記入してください。

個人番号 または 基礎年金番号	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
年金コード 再交付を希望する 年金コードを右側に ご記入ください。	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
生年月日 〔該当する文字を○印で 囲んでください。〕	明治 平成	大正 令和	昭和	年	月	日	
受給権者氏名	(フリガナ)						
受給権者住所	〒 -						
電話番号	- -						
再交付を希望する 通知書等を○印で 囲んでください。	ア 年金証書 イ 改定通知書 ウ 振込通知書						
再交付を申請 する理由	ア 紛失 イ き損 ウ その他 ()						

これ以降は、改定通知書の再交付を申請される方のみ記入してください。

改定通知書の再交付を申請される方は、 年金額の改定が行われた年月を記入して ください。（おおよそでも結構です。）	平成 令和	年	月
	平成 令和	年	月

公立学校共済組合 年金証書記号番号	-
----------------------	---

実施機関等
受付年月日

年金証書・改定通知書・支払(振込)通知書の再交付について

1 再交付の申請手続き

再交付申請書を当組合に提出することにより、「年金証書」「改定通知書」「支払(振込)通知書」の再交付が可能です。

申請の際には、以下の提出書類を当組合まで郵送にて送付してください。

原則、申請者は年金受給権者本人となります。申請受理後1~2週間程度で、年金受給権者本人及び当組合に登録された住所宛てに郵送します。

<申請書送付先>

〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2-9-5 公立学校共済組合本部年金部年金相談室

2 手続きの際の注意点

◎ 年金証書（年金決定時に送付される年金受給権を証する書類）

⇒年金担保融資を受けている方、死亡した方や年金受給権が消滅した方の年金証書は交付できません。

◎ 改定通知書（原則毎年4月の法令改正に伴い送付されるその時点の年金額を確認できる書類）

⇒5年以内に交付した改定通知書の再交付となります。

⇒死亡した方の改定通知書の交付は可能ですが、未支給年金請求者及び財産管理人の方に限られます。

この場合は確認書類が別途必要になりますので、当組合年金相談窓口までご連絡ください。

◎ 支払(振込)通知書（原則毎年6月と12月に送付される定期支給期毎の送金額を確認できる書類）

⇒直近に支給した定期支給期に係る支払通知書の再交付となります。

⇒年金担保融資を受けている方や死亡した方の支払通知書は交付できません。

⇒年金額が全額停止中の場合は交付できません。

3 提出書類

1 再交付申請書

⇒「記入例」及び「記入上の注意点」をご参照の上、必要事項を記入してください。

2 公的機関が発行した年金受給権者本人の身分証明書(写し)

（運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・健康保険証等のコピー）

⇒写真付きでない場合は2つ以上必要です。

<本人以外(代理人)への交付を希望する場合は、併せて以下の書類が必要です。>

3 委任状

⇒「委任状作成上の留意点」をご参照の上、必要事項を記入してください。

⇒法定代理人の場合は、登記事項証明書もしくは家庭裁判所の審判書及び確定証明書(写)が必要です。

4 公的機関が発行した代理人の身分証明書(写し)

（運転免許証・パスポート・マイナンバーカード・健康保険証等のコピー）

⇒写真付きでない場合は2つ以上必要です。

4 当組合以外の実施機関の証明書類の再交付を希望する場合

◎平成27年10月以降に受給権が発生した厚生年金を受給されている方

申請書の「年金コード欄」にご記入いただくことにより、ご希望の実施機関の証明書類の再交付が可能です。この場合、当該申請書を当組合よりご希望の実施機関に回付した後の交付となり、当組合を経由するため再交付までお時間を要します。お急ぎの場合は、ご希望の実施機関に直接ご連絡することをお勧めいたします。

◎平成27年9月以前に受給権が発生した共済年金等を受給されている方

それぞれの実施機関に再交付の申請を行う必要がありますので、ご希望の実施機関にご連絡ください。

＜記入上の注意点＞

- ◎ 申請書には、基礎年金番号、当組合の年金証書記号番号のいずれかを必ずご記入ください。記入の無い場合は、申請を受理できないこともありますので、ご留意ください。

1	「再交付チェック」欄	再交付を希望する通知書等の欄に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。 ⇒支払通知書を希望する場合は、「振込通知書」に <input checked="" type="checkbox"/> 印を記入してください。
2	「個人番号(または基礎年金番号)」欄	個人番号または基礎年金番号を記入してください。 ⇒基礎年金番号については、日本年金機構発行の通知書等をご確認ください。
3	「年金コード」欄 *平成27年10月以降に受給権が発生した厚生年金を受給している方のみ記入する欄	当組合以外の実施機関の年金に係る再交付を希望する場合は、＜年金コード一覧表＞を参照の上、年金コードを記入してください。 ⇒当該欄の記入の有無に関わらず、当組合の年金に係る再交付は行います。
4	「生年月日」欄	年金受給権者の生年月日を記入してください。
5	「受給権者氏名」欄	年金受給権者の氏名を記入してください。
6	「受給権者住所」欄	年金受給権者の住所を記入してください。 ⇒記入された住所が当組合にお届けいただいている住所と異なる場合は、併せて住所変更の手続きが必要です。
7	「電話番号」欄	年金受給権者の日中連絡可能な電話番号を記入してください。
8	「再交付を希望する通知書等」欄	再交付を希望する通知書等の欄に○印を記入してください。 ⇒支払通知書を希望する場合は、「振込通知書」に○印を記入してください。
9	「再交付を申請する理由」欄	再交付を申請する理由に○印を、「ウ その他」の場合は具体的な理由を記入してください。 ⇒き損した年金証書をお持ちの場合は、添付してください。
10	「再交付を希望する年月」欄 *改定通知書の再交付を希望する場合にのみ記入する欄	改定通知書の再交付を希望する改定年月(○年4月)を記入してください。 ⇒過去5年以内に発行した改定通知書が対象です。 ⇒記入のない場合は、直近の改定年月の改定通知書を送付します。
11	「公立学校共済組合年金証書記号番号」欄	公立学校共済組合の年金証書記号番号を記入してください。 ⇒当組合が発行した年金証書及び各種通知書等にてご確認ください。

＜年金コード一覧表＞

実施機関	年金の種類		コード	実施機関	年金の種類		コード
地方公務員共済組合(公立学校共済組合等)が支給する年金	厚生年金	老齢厚生年金	1130	日本年金機構が支給する年金	国民年金	老齢基礎年金	1150
		障害厚生年金	1330			障害基礎年金	1350
		遺族厚生年金	1430			5350	
	共済年金	退職共済年金				遺族基礎年金	1450
		障害共済年金				老齢年金	(※)
		遺族共済年金				通算老齢年金	
	旧共済法による年金	退職年金				障害年金	
		通算退職年金			厚生年金	老齢厚生年金	1150
		障害年金				障害厚生年金	1350
	国家公務員共済組合が支給する年金	遺族年金				遺族厚生年金	1450
		通算遺族年金				老齢年金	(※)
						通算老齢年金	
日本私立学校振興・共済事業団が支給する年金	厚生年金	老齢厚生年金	1140			障害年金	
		障害厚生年金	1340			遺族年金	
		遺族厚生年金	1440				

(※) 平成27年9月以前に受給権が発生した共済年金及び旧共済法による年金を受給している方は記入不要です。証明書類の再交付は、それぞれの実施機関にご連絡ください。

記 入 例

再交付を希望する証明書類に✓印を入れてください。
支払通知書を希望する場合は、「振込通知書」に✓印を記入してください。

個人番号または基礎年金番号を記入してください。

該当する元号を○で囲み生年月日を記入してください。

年金受給権者の氏名及びフリガナを記入してください。

当組合にお届けいただいている住所を記入してください。

再交付を申請する理由を○で囲んでください。
「ウ その他」の場合は具体的な理由を()内に記入してください。

き損した年金証書をお持ちの場合は、添付してください。

公立学校共済組合の年金証書記号番号を記入してください。

受付番号	12345678901234567890	届書コード	12345678901234567890
令和 6 年 1 月 11 日提出			

年 金 証 書
 改 定 通 知 書 再 交 付 申 請 書
 振 込 通 知 書

基礎年金番号（10桁）で届出する場合は、左詰めで記入してください。

個人番号 または 基礎年金番号	9 4 5 0 1 2 3 4 5 6
年金コード 再交付を希望する 年金コードを右側に ご記入ください。	1 1 3 0
生年月日 該当する文字を○印で 囲んでください。	明治 平成 大正 昭和 3 0 1 0 0 5
受給権者氏名	(フリガナ) コウリツ タロウ 公立 太郎
受給権者住所	〒 162 - 0000 東京都千代田区神田駿河台2-9-5 △△マンション111号室
電話番号	03 - 1111 - 2222
再交付を希望する 通知書等を○印で 囲んでください。	ア 年金証書 イ 改定通知書 ウ 振込通知書
再交付を申請 する理由	ア 紛失 イ き損 ウ その他 ()

これ以降は、改定通知書の再交付を申請される方のみ記入してください。

改定通知書の再交付を申請される方は、 年金額の改定が行われた年月を記入して ください。 (おおよそでも結構です。)	平成 令和 5 年 4 月
	平成 令和 年 月

公立学校共済組合 年金証書記号番号	31 - 12345678
----------------------	---------------

実施機関等
受付年月日

当組合の記入欄と
なりますので、記入
不要です。

提出年月日を記入
してください。

<平成27年10月
以降に受給権が発
生した厚生年金を
受給している方の
み記入する項目>
当組合以外の実施
機関の年金に係る
再交付を希望する
年金コードを記入し
てください。

日中連絡可能な電
話番号を記入してく
ださい。

再交付を希望する証
明書類を○で囲ん
でください。

支払通知書を希望
する場合は、「振込
通知書」を○で囲ん
でください。

<改定通知書の再
交付を希望する場
合にのみ記入する
項目>

再交付を希望する改
定年月(○年4月)を
記入してください。

委 任 状

公立学校共済組合 御中

※委任状を作成した日を記入してください。

作成日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

代理人(委任される方)

フリガナ				ご本人(委任する方)との関係
氏名				
住所	〒			電話 ()
添付書類	添付する代理人の本人確認書類の写しに☑印を付けてください。 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他() ※写真付きでない場合は、2点必要			

私は、上記の者を代理人と定め、以下の内容について委任します。

ご本人(委任する方)

※年金受給権者又は年金待機者のこと

基礎年金番号											※「ねんきん定期便」や日本年金機構が発行した各種通知書にてご確認ください。		
公立学校共済組合年金証書記号番号(年金待機者番号)											※当組合が発行した「年金証書」及び各種通知書にてご確認ください。		
フリガナ											生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	
氏名	(旧姓)												
※ご本人が記入してください。													
住所	〒										電話 ()		
委任する内容	下記のいずれかに○印を付けるか、具体的に記入してください。 1 各種証明書類交付手続き 2 年金見込額試算について 3 その他()												
交付方法(送付先)	上記「1」及び「2」の場合、いずれかに☑印を付けてください。 <input type="checkbox"/> ご本人(委任する方)宛て <input type="checkbox"/> 代理人(委任される方)宛て (代理人に情報を提供することを同意する。)												

委任状作成上の留意点

1. 「作成日」欄は、委任状を作成した日を記入してください。
2. 「代理人(委任される方)」欄は、ご本人(委任する方)が誰を代理人にするかを決め、その方(代理人)の氏名、住所、電話番号、ご本人との関係及び添付書類を記入してください。
3. 代理人(委任される方)の本人確認書類(※)の写しを添付してください。
(※)「代理人(委任される方)」欄に記載された氏名及び住所が記載されていることが必要です。(写真付きでない場合は、本人確認書類が2点必要となります。)
4. 「ご本人(委任する方)」欄は、ご本人(年金受給権者又は年金待機者)の基礎年金番号、当組合の年金証書記号番号、氏名、生年月日、住所、電話番号、委任する内容及び交付方法(送付先)を記入してください。
5. 基礎年金番号、当組合の年金証書記号番号等のいずれかの番号を必ず記入してください。
6. ご本人の「氏名」欄は必ずご本人(委任する方)が記入してください。
7. 各種証明書類及び年金見込額試算結果の提供は、原則、配偶者、子、法定代理人、弁護士及び社会保険労務士等の公的資格者の中から選任してください。
上記以外の方をご指定の場合、ご希望に添えない場合があります。

- ◎ 受取機関の変更は、次の年金の支払日の前月の5日(5日が土、日、祝日の場合は直前の営業日)までに届くよう手続きをお願いします。
- ◎ 変更後の新しい受取機関への初めての支払いを確認するまでは、変更前の口座を解約しないでください。
- ◎ 口座名義については、受給権者ご本人の口座に限ります。
- ◎ 金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明について
金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明を受けてください。なお、次の書類の提出があれば、証明を受ける必要はありません。
預金通帳(貯金通帳)の写しその他の預金口座を明らかにすることのできる書類を添付される場合
- ※預金通帳(貯金通帳)、キャッシュカードまたは金融機関が発行する書類のコピー等
- ※インターネット専業銀行等の場合には、インターネットからプリントアウトしたもの等
- 金融機関の場合：金融機関名、支店名(支店コード)、口座番号、口座名義人フリガナ等の記載された部分を添付してください。
- ゆうちょ銀行(郵便局)の場合：貯金通帳の記号番号、口座名義人フリガナ等の記載された部分を添付してください。
- * 貯蓄口座への振込はできませんのでご注意ください。また、インターネット専業銀行は年金の受け取りができない銀行もありますのでご注意ください。
- ◎ 記入方法の詳細は、「記入例」の裏面もあわせてご覧ください。

【個人番号(マイナンバー)により届出する際の添付書類について】

- 届出者本人が窓口で届書を提出する場合は、マイナンバーカード(個人番号カード)を提示してください。
- お持ちでない場合は、以下の①及び②を提示してください。(※)

- ①マイナンバーが確認できる書類：個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
- ②身元(実存)確認書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど

「公金受取口座」について(年金受取口座として公金受取口座を利用する場合)

- 公金受取口座登録制度とは
 - 公金受取口座登録制度とは、国民の皆さまが金融機関にお持ちの預貯金口座について、一人一口座、給付金等の受取のための口座とし、国(デジタル庁)に任意で登録していただく制度です。
 - 公金口座の登録、登録状況の確認や登録口座の変更、登録の抹消を行う場合は、マイナポータルからお手続きください。詳しくは、デジタル庁ホームページの公金受取口座に関するページをご確認ください。
- 年金受取口座として公金受取口座を利用する場合の注意点
 - 公金受取口座の登録口座を変更しても、年金の受取口座は変更されません。
 - 年金の受取口座を変更する場合には、公金受取口座の変更手続きとは別に「年金受給権者受取機関変更届」の提出が必要です。
 - また、公金受取口座での年金受取をやめ、別の口座を年金受取口座として指定する場合も「年金受給権者受取機関変更届」の提出が必要です。

【記入例】

基礎年金番号(または個人番号)、年金証書記号(番号)、主年月日、氏名、電話番号、主所を記入してください。

(個人番号(マイナンバー)により届出する際の添付書

届出者本人が窓口で届書を提出する場合は、マイナーバーカード(個人番号カード)を提示してください。お持ちでない場合は、以下の①及び②を提示してください。

①マイナンバーが確認できる書類：通知カード、個人番号の表示がある住民票の写し

②身元（実存）確認書類：運転免許証、パスポート、在留カードなど

※郵送で届出を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面、または①及び②のコピーを添付してください。

指定する口座がマイナポータルに公金受取口座として登録済の場合は、

口座名義(本人名義)を
カタカナで記入してください。

年金受給権者受取機関更迭

必ずどちらかをご記入ください。

受取機関をゆうちょ銀行(郵便局)の
口座に指定する場合はこちらへ記入
してください

受付番号	届書 コード	18441
------	-----------	-------

年金受給権者 氏名変更届

① 基 础 年 金 番 号 お よ び 年 金 コ ー ド	基礎年金番号						年金コード			
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
② 生 年 月 日	明・大・昭・平・令				年	月	日	/		
③ 変 更 後 の 氏 名	(フリガナ) (氏)						(名)			
④ 変 更 前 の 氏 名	(フリガナ) (氏)						(名)			
⑤ 変 更 の 理 由	a 復籍 b 養子縁組 c 婚姻 d その他() ※ 遺族年金を受給されている方は、氏名変更の理由を明らかにする書類(戸籍抄本等)の添付が必要となります。									
⑥ 備 考										
⑦ 氏 名 に 関 す る 証 明										
上記の者の氏名は、現に 戸籍 住民票				に記載されていることを証明する。						
令 和 年 月 日									印	
市区町村長										
※ 遺族年金を受給されている方については、書類(戸籍抄本等)が必要なため氏名に関する証明は不要です。										

⑧ 受給権者の個人番号							
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

令 和 年 月 日 提出

郵便番号

--	--	--

 -

--	--	--	--

住 所

受給権者 (フリガナ)

氏 名

電話番号 () - () - ()

実施機関等
受付年月日

記入上の注意

- ②の元号は、該当する文字を○で囲んでください。たとえば、昭和29年10月2日生まれの場合は、
「

明・大	昭	平	令	2	9	1	0	0	2
-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---

」のように記入してください。
- ③、⑦および受給権者欄のフリガナは、カタカナではつきりと記入してください。
- ①は、該当する理由の記号を○で囲んでください。「その他」の場合は、具体的に()内に記入してください。

この届書に添えなければならない書類

- 年金証書(複数の年金受給権をお持ちの方は全ての年金証書)
- ⑤の証明が受けられないときは、戸籍抄本または住民票の写し
④欄に個人番号(マイナンバー)を記載することで省略できます。
- 個人番号(マイナンバー)を記入された場合は、個人番号の確認および届出される方の番号であることの確認が必要となるため、以下の(1)または(2)をご提出ください。
 - 個人番号確認とご本人様確認の両方が証明できる書類
個人番号カード(マイナンバーカード)
 - 個人番号確認とご本人様確認を別々の書類で証明する場合
 - 個人番号確認のための書類
住民票(個人番号記載のもの)または通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
 - ご本人様確認のための書類(次のいずれか1種類)
運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード等
- 【窓口で提出される場合】
上記(1)の場合は個人番号カード(マイナンバーカード)、(2)の場合はiとii、1種類ずつの原本をご提示ください。
- 【郵送で提出される場合】
上記(1)の場合は個人番号カード(マイナンバーカード)の両面のコピー、(2)の場合はiとii、1種類ずつのコピーを同封の上、ご提出ください。
- 遺族年金を受けている方については、①「変更の理由」欄に記入した氏名変更の理由を明らかにする書類(戸籍抄本等)

提出にあたっての留意事項

複数の年金受給権をお持ちの方は、この届出により、他の年金についても氏名を変更します。

<添付書類の取扱いについて>

- 添付書類は「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- 戸籍の抄本、住民票等(年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。)の原本については、原本を提出した方から原本返却のお申出があつた場合、コピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。(第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。)

資格確認書交付要否欄					□要 □否	
※資格確認書の交付が必要な場合は、「□要」記入してください。 なお、 <u>交付が必要な場合は以下に限ります。</u> ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者 ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、解除した者 ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者 ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者 ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者						
任意継続組合員申出書						

所属所名		職名	組合員番号							性別				
			フリガナ							男				
所属所コード			氏名							女				
生年月日		年齢	退職年月日			組合員期間	※任意継続組合員資格取得年月日							
昭和 ・年月日 平成		歳	令和	年	月	日	年	か月	令和年月日					
退職時の掛け金の基礎となった標準報酬月額(短期) 第 級 円														
住所							電話番号							
〒 -							(自宅)	-	-					
							(携帯)	-	-					
掛金振替及び給付受取	給付金決定通知受け取り方法				<メール希望の方のみメールアドレスを記入>									
	<input type="checkbox"/> メールで希望(右の欄にメールアドレスを記入) <input type="checkbox"/> 郵送で希望				@									
	掛金払込方法 (希望する払込方法にレ点をつけること)		口座振替兼給付金受取口座											
	<input type="checkbox"/> 1か月単位 <input type="checkbox"/> 6か月前納 <input type="checkbox"/> 12か月前納		銀行コード	0	1	3	4	支店コード		口座種別	1 普通			
			千葉銀行					本店・支店 支所・出張所	口座番号 (右詰で記入してください)					
	口座名義	フリガナ	氏名	名			※千葉銀行確認欄 (口座振替依頼書受領確認)							

地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定による任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。 また、共済組合から給付される高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金等の短期給付金については、上記銀行口座に振り込みをお願いします。										
公立学校共済組合千葉支部長様 令和年月日 申出書(氏名)										

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。										
令和年月日			所属所名			電話番号			所属所長	
									職名	
									氏名	

- (注)1 ※欄は記入・押印しないこと。
 2 「被扶養者申告書」を添付すること。
 3 住所、氏名を明記した返信用封筒(角2、「定形外 150g+簡易書留」分の切手貼付)を添付すること。
 4 任意継続掛金の払込みを退職の日から起算して20日以内に行うこと。

所 属 所 受 付 印

資格確認書交付要否欄		<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 否
※資格確認書の交付が必要な場合は、「 <input checked="" type="checkbox"/> 要」記入してください。 なお、 <u>交付が必要な場合は以下に限ります。</u> ・マイナンバーカードを取得していない者 ・マイナンバーカードを保有している者 ・マイナンバーカードの電子証明書の登録が完了していない者 ・マイナンバーカードを紛失した者、 ・マイナ保険証での受診が困難である者		
必ず <input checked="" type="checkbox"/> 記入してください		
、解除した者 必要がある要配慮者		

記入例

任意継続組合員申出書

所属所名	千葉県立○○高等学校		職名	組合員番号	1 9 8 7 0 0 0 0 0	性別		
所属所コード	40000		フリガナ	キヨウサイ	タロウ	男		
所属所コード			教諭	氏名	共済	太郎	女	
生年月日	年齢	退職年月日	組合員期間	※任意継続組合員資格取得年月日				
昭和 ・39年 6月 6日 平成	60歳	令和 7年 3月 31日	年 か月	37 0			令和 年 月 日	
退職時の掛け金の基礎となった標準報酬月額(税込)			100 円			号		
住所			療養費や付加給付の給付をする際、 その通知をメールでの受け取りを希望する場合は、記入してください			00 - 0000		
〒 260 - 0819 千葉市中央区市場町○-○						00 - 0000		
掛金振替及び給付受取	給付金決定通知受け取り方法			(メールでのみメールアドレスを記入)				
	<input checked="" type="checkbox"/> メールで希望(右の欄にメールアドレスを記入) <input type="checkbox"/> 郵送で希望			kyousai @ co.jp				
	掛金払込方法 (希望する払込方法にレ点をつけること)		口座振替並		給付金受取口座			
	<input type="checkbox"/> 1か月単位 <input type="checkbox"/> 6か月前納 <input checked="" type="checkbox"/> 12か月前納		千葉銀行 県庁 本店・支店 支所・出張所		4 口座種別 1 普通			
					口座番号 (右詰で記入) 0 1 2 3 4 5 6			
	口座名義		フリガナ	氏名	行確認欄 依頼書			千葉銀行 確認印
			キヨウサイ	共済				
地方公務員等共済組合法第144条の規定による任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。 また、共済組合から給付される高額療養費、一部負担金払戻金及び家族療養費附加金等の短期給付金については、上記銀行口座に振り込みをお願いします。								
公立学校共済組合千葉支部長様 令和 7年 3月 31日								
本人署名日及び所属所証明日 は、退職日以降かつ退職の日から 20 日以内								
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 令和 7年 3月 31日								
所属所名 千葉県立○○高等学校 電話番号 043-012-3456 所属所長 氏名 校長 氏名 千葉 太郎								

- (注)1 ※欄は記入・押印しないこと。
 2 「被扶養者申告書」を添付すること。
 3 住所、氏名を明記した返信用封筒(切手貼付)を添付すること。
 4 任意継続掛金の払込みを退職の日から 20 日以内

必ず所属所の受付印を押印してください (日付は退職日以降かつ退職の日から 20 日以内)

R 7.3.31

被扶養者申告書

下記のとおり申告します。

申告者氏名

ア 被扶養者の認定を申告しない
<input type="checkbox"/> 被扶養者の認定を希望しません。

イ 退職時認定されていた被扶養者で継続する者					
<input type="checkbox"/> 退職時認定されていた被扶養者のうち、下記の者の継続を希望します。					
フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	認定年月日	資格確認書 交付要否※
			S H R	S H R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
			S H R	S H R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
			S H R	S H R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
			S H R	S H R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否

ウ 退職後新たに被扶養者として認定する者					
<input type="checkbox"/> 新たに下記の者の認定を希望します。					
フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	認定年月日	資格確認書 交付要否
			S H R		
			S H R		
			S H R		

上記の□のうち、該当するものにチェックを入れてください。

※資格確認書の交付が必要な場合は、「要」記入してください。

なお、交付が必要な場合については、任意継続組合員申出書の「資格確認書交付要否欄」を参照してください。

記入例

被扶養者由生書

下記のとおり申告します。

扶養する被扶養者がいない場合はこちらに記入

被扶養者氏名 共済 太郎

ア 被扶養者の認定を申告しない

被扶養者の認定を希望し

退職時点で認定されていた被扶養者を退職後
も継続して扶養する場合はこちらに記入

退職時認定されていた被扶養者のうち、下記の者の継続を希望します。

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日	認定年月日	資格確認書 交付要否※
キョウサイ ハナコ 共済 花子	女	妻	S H ○○.5 R	S H ○.4.1 R	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 否
キョウサイ ハジメ 共済 一	男	長男	S H ○○.10.14 R	S H ○.4.1 R	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
被扶養者として認定された年月日				S	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
				必ず <input checked="" type="checkbox"/> 記入してください	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
				R	

ウ 退職後新たに被扶養者として認定する者

新たに下記の者の

退職時点で認定されていなかった被扶養者を
退職後に新規に扶養する場合はこちらに記入

フリガナ 氏名			年月日	資格確認書 交付要否
		S H R		
		S H R		
		S H R		

上記の□のうち、該当するものにチェックを入れてください。

※資格確認書の交付が必要な場合は、「要」記入してください。

なお、交付が必要な場合については、任意継続組合員申出書の「資格確認書交付要否欄」を
参照してください。

銀行提出用

令和 年 月 日

預金口座振替依頼書

株式会社 千葉銀行 御中

私は、公立学校共済組合千葉支部に支払うべき任意継続組合員の掛金を私名義口座からの口座振替によって支払うことにしたいので、下記事項を確約の上、依頼します。

組合員番号												
指定口座	銀行 コード	0134	支店 コード		預金 種別	口座番号						
	千葉銀行			支店	1 普通							
フリガナ						届印	(印)					
口座 名義												
住 所	(〒 - - -)											
電話番号	[電話 - - -]											
※届印は、通帳と同一の印鑑を押印してください。											振替日	10日 (休日の場合は翌営業日)

記

- 私が支払うべき公立学校共済組合千葉支部の任意継続組合員の掛金について、貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書に記載された金額を預金口座から引き落としの上、お支払いください。
なお、振替日が変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても差し支えありません。
- 預金の引き落としにあたっては、当座勘定規定又は現金規定にかかわらず、小切手の振出又は預金通帳及び預金請求書払戻の提出はいたしません。
- 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく請求書を返却されても差し支えありません。
- この契約は、貴行が必要と認めた場合には、私に通知することなく解除されても異議はありません。
- 口座引き落としに関する領収書等は必要としません。
- この取り扱いについて、仮に紛議が生じても、貴行の責によるものを除き、貴行にはご迷惑をお掛けしません。

経路 組合員→金融機関

銀行提出用

必要事項を記入の上、千葉銀行へ提出してください。

※提出の際に、「任意継続組合員申出書」の『※銀行確認印』欄に千葉銀行の確認印を受けてください

株式会社

日

私は、公立学校共済組合千葉支部に支払うべき任意継続組合員の掛金を私名義口座からの口座振替によって支払うことにしたいので、下記事項を確約の上、依頼します。

組合員番号	19870000												
指定口座	銀行 コード	0134	支店 コード	004	預金 種別	口座番号							
	千葉銀行		県庁	支店	1 普通	0	1	2	3	4	5	6	
フリガナ	キョウサイ タロウ						届印	印鑑					
口座 名義	共済 太郎												
住所 電話番号	(〒 260 - 0819) 千葉市 中央区 市場町 ○-○ [電話 043 - 000 - 0000]												
※届印は、通帳と同一の印鑑を押印してください。				振替日	10日 (休日の場合は翌営業日)								

記

- 私が支払うべき公立学校共済組合千葉支部の任意継続組合員の掛金について、貴行に請求書が送付されたときは、私に通知することなく請求書に記載された金額を預金口座から引き落としの上、お支払いください。
なお、振替日が変更された場合には、請求書に記載された日をもって処理されても差し支えありません。
- 預金の引き落としにあたっては、当座勘定規定又は現金規定にかかわらず、小切手の振出又は預金通帳及び預金請求書払戻の提出はいたしません。
- 預金口座の残高が振替日において請求書の金額に満たないときは、私に通知することなく請求書を返却されても差し支えありません。
- この契約は、貴行が必要と認めた場合には、私に通知することなく解除されても異議はありません。
- 口座引き落としに関する領収書等は必要としません。
- この取り扱いについて、仮に紛議が生じても、貴行の責によるものを除き、貴行にはご迷惑をお掛けしません。

経路 組合員→金融機関

任意継続組合員申出書の取り下げ申請書 兼 任意継続掛金返還請求書

組記号	合番	員号	公立千							氏名	
退職年	月	日	令和 年 月 日								
退職時の所属所											

取り下げの理由 (該当する番号を○で囲んでください)											添付書類
1. 退職日の翌日から再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となるため 【健康保険の名称】 _____											
2. 退職日の翌日から国民健康保険に加入する 又は 家族が加入する 健康保険の被扶養者となるため											○任意継続組合員の資格確認書(発行されている方のみ)
3. その他()											

返還の対象となる前納掛金	※支部記入欄 令和 年 月から令和 年 月まで(計 ケ月分)										
返還請求金額	※支部記入欄 円										

返還先の口座を○で囲んでください。(返還が発生しない場合もあります。)
※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に返還します。

返還先口座	1. 口座振替兼給付金受取口座(申し出された千葉銀行口座)										
	2. 公金受取口座(公的給付支給等口座)										
	3. 指定口座(下記に記入してください。)										
	銀行			支店			預金種別		普通		
	口座番号						口座名義人(カナ)				

私は、任意継続組合員となることを希望しましたが、上記の理由により申し出を取り下げします。
また、払い込み済の掛金がある場合は、返還を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長 様

〒

令和 年 月 日

住所

申請者
兼
請求者
氏名

電話

ー ー

＝注意事項＝

- 本申請書の取下げはできませんので、よく確認した上で提出してください。
- 任意継続組合員(被扶養者)の資格取得日以降に医療機関等を受診されている場合、医療費の返還が生じる可能性があります。

任意継続組合員申出書の取り下げ申請書 兼 任意継続掛金返還請求書

組記 号 合 番 員 号	公立千	8桁の数字を記入	氏名	公立 千葉
退職年月日	令和 ○ 年 3 月 31 日			
退職時の所属所	千葉県立○○○○高等学校			

取り下げの理由 (該当する番号を○で囲んでください)	添付書類
<p>1. 退職日の翌日から再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となるため 【健康保険の名称】 ○○健康保険組合</p> <p>2. 退職日の翌日から国民健康保険に加入する 又は 家族が加入する 健康保険の被扶養者になるため</p> <p>3. その他 ()</p>	○任意継続組合員の資格確認書(発行されている方のみ)

返還の対象となる前納掛金	支部で未経過部分を計算するため記入不要
返還請求金額	

返還先の口座を○で囲んでください。(返還が発生しない場合もあります。)
※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に返還します。

返還先口座	<p>1. 口座振替兼給付金受取口座(申し出された千葉銀行口座)</p> <p>2. 公金受取口座(公的給付支給等口座)</p> <p>3. 払込済(下記に記入してください。)</p>
<p>原則、「1」又は「2」を返還先口座として選択すること。 やむを得ない理由により「3」を希望される場合は、銀行名・支店名・口座番号・口座名義人(カナ)を記入すること。</p>	

私は、任意継続組合員となることを希望しましたが、上記の理由により申し出を取り下げします。
また、払い込み済の掛金がある場合は、返還を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長様

〒 260-○△×□

令和 ○ 年 6 月 15 日

住所 千葉市中央区市場町○-△

申請書提出年月日を記入

申請者
兼
請求者 氏名 公立 千葉

電話 043-223-○△×□

=注意事項=

- 本申請書の取下げはできませんので、よく確認した上で提出してください。
- 任意継続組合員(被扶養者)の資格取得日以降に医療機関等を受診されている場合、医療費の返還が生じる可能性があります。

任意継続組合員資格喪失申出書 兼 任意継続掛金還付請求書

任意継続組合員 記号 番号	公立千N						氏名	
退職年月日	令和 年 月 日 (任意継続組合員の資格取得年月日の前日)							
資格喪失年月日	令和 年 月 日							

資格喪失理由 (該当する番号を○で囲んでください)	添付書類
1. 再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となった 【加入年月日】令和 年 月 日 【健康保険の名称】_____	<input type="checkbox"/> 就職先で交付された資格情報のお知らせ又は資格確認書の写し等 <small>※公立学校共済組合千葉支部に加入の場合は不要</small> <input type="checkbox"/> 任意継続組合員の資格確認書又は任意継続組合員証・被扶養者証 <small>(発行されている方のみ)</small>
2. 国民健康保険に加入する 又は 家族が加入する健康保険の被扶養者になる ※ 資格喪失日は、この申出書を共済組合が受理した日の属する月の翌月の初日です。	<input type="checkbox"/> 任意継続組合員の資格確認書又は任意継続組合員証・被扶養者証 <small>(発行されている方のみ)</small> <small>資格喪失日以降、速やかに当支部に返納してください。</small>
3. 任意継続組合員が死亡した 【死亡年月日】令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 死亡日が分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 相続人が還付請求する場合は、請求者が先順位の相続人であることが分かる書類(戸籍謄本の写し) <input type="checkbox"/> 任意継続組合員の資格確認書又は任意継続組合員証・被扶養者証 <small>(発行されている方のみ)</small>

資格喪失証明書の発行希望について	希望する · 希望しない
------------------	--------------

還付の対象となる前納掛金	※支部記入欄 令和 年 月から令和 年 月まで (計 ケ月分)						
還付請求金額	※支部記入欄 円						

還付先の口座を○で囲んでください。(還付が発生しない場合もあります。)
※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に還付します。

還付先口座	1. 口座振替兼給付金受取口座(申し出された千葉銀行口座)						
	2. 公金受取口座(公的給付支給等口座)						
	3. 指定口座(下記に記入してください。)						
	銀行	支店	預金種別		普通		
口座番号		口座名義人(カナ)					

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。
 また、任意継続組合員の資格喪失に伴い、掛金の還付を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長 様

〒

令和 年 月 日

申出者
兼
請求者

住所
氏名

(任意継続組合員との統柄:)

電話

—

任意継続組合員資格喪失申出書 兼 任意継続掛金還付請求書

任意継続組合員 記号番号	公立千N	6桁の数字を記入	氏名	公立 千葉
退職年月日	令和〇年3月31日 (任意継続組合員証の資格取得年月日の前日)			
資格喪失年月日	資格喪失日を記入。不明な場合は、空欄可			

資格喪失理由 (該当する番号を〇で囲んでください)	添付書類
1. 再就職し、再就職先の健康保険の被保険者となった 【加入年月日】令和〇年4月1日 【健康保険の名称】〇〇健康保険組合	〇就職先で交付された資格情報のお知らせ又は資格確認書の写し等 ※公立学校共済組合千葉支部に加入の場合は不要 〇任意継続組合員の資格確認書又は任意継続組合員証・被扶養者証 (発行されている方のみ)
2. 国民健康保険に加入する又は家族が加入する健康保険の被扶養者になる ※ 資格喪失日は、この申出書を共済組合が受理した日の属する月の翌月の初日です。	〇任意継続組合員の資格確認書又は任意継続組合員証・被扶養者証 (発行されている方のみ) 資格喪失日以降、速やかに当支部に返納してください。
3. 任意継続組合員が死亡した 【死亡年月日】令和 年 月 日	〇死亡日が分かる書類の写し 〇相続人登記請求書又は被扶養者証が先順に登記された場合は、資格喪失理由が「2. 国保加入又は家族の被扶養者になる」場合は必要となります。 〇死亡登記証明書 (発行されている方のみ)

資格喪失証明書の発行希望について	希望する	希望しない
------------------	------	-------

還付の対象となる前納掛金	※記入不要
還付請求金額	※記入不要

支部で未経過部分を計算するため記入不要

還付先の口座を〇で囲んでください。(還付が発生しない場合もあります。)
※記入がない又は2を選択し未登録だった場合は、「1. 口座振替兼給付金受取口座」に還付します。

1. 口座振替兼給付金受取口座(申し出された千葉銀行口座)
2. 公金受取口座(公的給付支給等口座)
3. その他(下記に記入してください。)

原則、「1」又は「2」を還付先口座として選択すること。
やむを得ない理由により「3」を希望される場合は、銀行名・支店名・口座番号・口座名義人(カナ)を記入すること。

地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定により、任意継続組合員でなくなることを申し出ます。
また、任意継続組合員の資格喪失に伴い、掛金の還付を請求します。

公立学校共済組合千葉支部長様

令和〇年6月15日

請求書提出年月日を記入

申出者
兼
請求者

〒 260-〇△×□

住所 千葉市中央区市場町〇一△

氏名 公立 千葉

(任意継続組合員との続柄: 本人)

電話 043-223-〇△×□

在職等証明書

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日

上記の者は、下記のとおり当社に在職（中である・した）ことを証明する。

在職期間	現在在職中の場合	年 月 日	～	在職中
	在職期間があらかじめ定められている場合	年 月 日	～	年 月 日
	すでに退職している場合	年 月 日	～	年 月 日
在職中の身分 (該当を○で囲む。)	正社員・パート社員・臨時雇 その他 ()			
勤務様	1 勤務日	イ 週 () 日		
		ロ シフト制、不定期		
	ハ ()			
	2 1日の勤務時間 () 時間			
賃金	1 基本賃金			
	イ 時間給・日給・月給 () 円			
	ロ 出来高給			
	内容	基本単価		円
2 諸手当 (交通費を含む)	()	手当	円)	
	()	手当	円)	
3 賞与 (有・無)				
(支給回数	回		円/回)	
給料日				
支給実績	年 1 月	円	年 7 月	円
*直近の支給月から過去1年間分	年 2 月	円	年 8 月	円
*交通費を含む総支給額 (所得税、社会保険料等控除前)	年 3 月	円	年 9 月	円
で記入してください。	年 4 月	円	年 10 月	円
	年 5 月	円	年 11 月	円
	年 6 月	円	年 12 月	円
備考	上記支給期間中に身分・勤務様・賃金等に変更があった場合は、変更の時期・内容を記入してください。			

令和 年 月 日

住 所
会社名
代表者名
電話番号
担当者名

担当者連絡先

印

在職等証明書

住 所 千葉市中央区市場町 1111
 氏 名 共済 花子
 生年月日 平成 7 年 5 月 15 日

上記の者は、下記のとおり当社に在職（中である・した）ことを証明する。

在職期間	現在在職中の場合	令和3年 4月 1日 ~ 在職中
	在職期間があらかじめ定められている場合	年 月 日 ~ 年 月 日
	すでに退職している場合	年 月 日 ~ 年 月 日
在職中の身分 (該当を○で囲む。)	正社員・パート社員・臨時雇 その他 ()	
勤務様	1 勤務日 イ 週 () 日 ロ シフト制、不定期 ハ () 2 1日の勤務時間 (6) 時間	
賃金	1 基本賃金 イ 時間給・日給・月給 (870 円) ロ 出来高給 内容 2 諸手当 (交通費を含む) (通勤 手当 月額 12,000 円) (手当 円) 3 賞与 (有・無) (支給回数 回 円/回)	
給料日	15日 例: 12月分勤務の支給が1月15日の場合は1月に記入	
支給実績 *直近の支給月から過去1年間分 *交通費を含む総支給額 (所得税、社会保険料等控除前) で記入してください。	令和〇年 6月 89,000 円 令和〇年 1月 85,000 円 令和〇年 7月 67,000 円 令和△年 1月 93,500 円 令和〇年 8月 98,700 円 令和△年 2月 108,900 円 令和〇年 9月 109,200 円 令和△年 3月 113,500 円 令和〇年 10月 72,400 円 令和△年 4月 96,300 円 令和〇年 11月 88,900 円 令和△年 5月 88,000 円	
備考	上記支給期間中に身分・勤務態様・賃金等に変更があった場合は、変更の時期・内容を記入してください。	

令和 △ 年 6 月 20 日

住 所 千葉市中央区市場町 1-1
 会社名 株〇〇〇〇
 代表者名 ○○ ○○
 電話番号 022-261-xxxx

印

	普通認定
	特別認定
	普通認定⇒特別認定
	特別認定⇒普通認定
	取消

資格確認書交付要否欄（特別認定の場合、記入してください）

□要 □否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「要」記入してください。

- なお、交付が必要な場合は以下に限ります。
- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者
 - ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除者
 - ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
 - ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者
 - ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者

扶

被扶養者認定・取消申告書

*認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。
(出生の場合には、個人番号記入用紙を添付。)

所属所名	組合員氏名																
所属所コード	組合員番号	N															
	生年月日	昭和 年 月 日															
(フリガナ) 認定(取消)を受けようとする者の氏名		生年月日				満年齢	性別	続柄 (コード)									
氏	名	年号	年	月	日												
		昭和				才	男										
		平成					女	()									
		令和															
被扶養配偶者の基礎年金番号 (配偶者の場合のみ記入)			被扶養者の要件を備える又は次くに至った 事実発生日及びその理由														
			令和 年 月 日	理由 (就職・離職等の年月日)													
				令和 年 月 日													
職業	扶養手当認定(有の場合のみ記入)	同居別居の別	現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)														
	有 無	事実発生日 年 月 日	〒 一														
年間所得推計額 円	給与事務担当者氏名	同居															
		別居															
※判定及びその理由																	
※資格取得(受付)			※資格喪失(受付)			※資格喪失区分(認定取消)											
年号	年	月	日	年号	年	月	日	※認定区分	1	2	3	4	5	6	7		
									普通	特別	他制度	転出	死亡	収入超過	超過見込	送金なし	扶養替え
※資格取得(認定)									※資格喪失(取消)								
年号	年	月	日	年号	年	月	日										
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長様									住所								
令和 年 月 日				申告者 氏名													
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。									電話番号								
令和 年 月 日				所属所住所 所属所名 所属所長名													

(注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より**30日以内**に、

次くに至った場合は速やかに提出してください。

(30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)

2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。

3 ※は記入しないでください。

所属所
受付印

	普通認定
<input checked="" type="radio"/>	特別認定
	普通認定⇒特別認定
	特別認定⇒普通認定
	取消

資格確認書交付要否欄（特別認定の場合、記入してください）
要 否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「要」してください。
なお、交付が必要な場合は以下に限ります。

- ・マイナ
- ・マイナ
- ・利用登録
- ・マイナ
- ・マイナ
- ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する
必要がある要配慮者

マイナ保険証は持っているが、「急のため資格確認
書が欲しい」等の理由での交付は不可

被扶養者認定・取消申告書

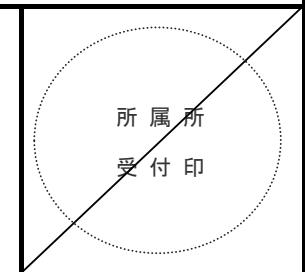
*認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。(出生の場合は、個人番号の通知まで時間を要することがあります。)	所属所名	組合員氏名	千葉 太郎														
	所属所コード	組合員番号	N 1 2 3 4 5 6														
		生年月日	昭和 平成	○	年	○	月	○	日								
(フリガナ) 認定(取消)を受けようとする者の氏名		生年月日	満年齢	性別	続柄 (コード)												
氏	チバ	名	ハナコ	例 4月4日退職により認定する場合 ・就職・離職等の年月日:4月4日 ・事実発生日:4月5日	男	妻											
千葉		花子		女	(2)												
被扶養配偶者の基礎年金番号 (配偶者の場合のみ記入)			被扶養者の要件を 事実発生日に至った の理由														
			令和〇〇年4月5日			理由 退職のため (就職・離職等の年月日) 令和〇年4月4日											
職業	扶養手当認定(有の場合のみ記入)			同居別居の別	現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)												
無職	有	事実発生日	年月日	同居	〒一												
年間所得推計額	円	給与事務担当者氏名			別居												
0																	
※判定及びその理由																	
※資格取得(受付)				※資格喪失(受付)				認定区分									
年号	年	月	日	年号	年	月	日	1	2	I	II	III	IV	5	6	7	
										他 制度	転 出	死 亡	収入 超過	超過 見込	送金 なし	扶養 替え	
※資格取得(認定)				※資格喪失(取消)				普通	特別								
年号	年	月	日	年号	年	月	日										
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長様												住所 千葉市中央区市場町〇一〇					
令和〇年4月6日 申告者 氏名 千葉 太郎																	
上記の記載事実と相違ないものと認めます。												電話番号					
要件を備える日以降の日付で作成してください。												住所					
												所属所名					
												所属所長名					

(注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より**30日以内**に、
欠くに至った場合は速やかに提出してください。

(30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)

2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、
事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。

3 ※は記入しないでください。



	普通認定
	特別認定
	普通認定⇒特別認定
	特別認定⇒普通認定
○	取消

資格確認書交付要否欄（特別認定の場合、□記入してください）

□要 □否

※資格確認書交付要否欄（特別認定の場合、□記入してください）

なお、
 ・マイナ
 ・マイナ
 利用登
 ・マイナ
 ・マイナ
 ・マイナ
 未申請での文書が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する
 必要がある要配慮者

*必要書類については、手引きの「表3 被扶養者認定取消に係る必要書類一覧」を参照。

扶

被扶養者認定・取消申告書

*認定が遅れる可能性があることから後日提出も可。
 (出生の場合には、個人番号記入用紙を添付。)

所属所名	組合員氏名		千葉 太郎													
所属所コード	組合員番号		N 1 2 3 4 5 6													
	生年月日		昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日													
(フリガナ)	生年月日															
認定（取消）を受けようとする者の氏名																
氏 チバ	名 ハナコ	例 4月4日就職により取消する場合 ・就職・離職等の年月日:4月4日 ・事実発生日:4月4日														
千葉	花子															
性別	男 妻 女 (2)															
被扶養配偶者の基礎年金番号 (配偶者の場合のみ記入)	被扶養者の要件を 事実発生日		又は欠くに至った びその理由													
	令和 ○○ 年 4 月 4 日		理由 就職のため (就職・離職等の年月日) 令和 ○ 年 4 月 4 日													
職業	扶養手当認定（有の場合のみ記入）		同居別居		現住所 (組合員と別居の場合のみ記入)											
右 事実発生日																
年間所	取消の場合は記入不要															
※ 判定及びその理由																
※ 資格取得（受付）				※ 資格喪失（受付）				※ 資格喪失区分（認定取消）								
年号	年	月	日	年号	年	月	日	※ 認定 区分	1 2 普通 特別	1 他 制度 出	2 転 死 亡	3 死 亡	4 収 入 超 過	5 超 過 見 込	6 送 金 な し	7 扶 養 替 え
※ 資格取得（認定）				※ 資格喪失（取消）												
年号	年	月	日	年号	年	月	日									
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合千葉支部長様										住所 千葉市中央区市場町○一○						
令和 ○ 年 4 月 6 日				申告者 氏名 千葉 太郎												
上記の記載事実と相違ないものと認めます。										電話番号						
要件欠くに至った日以降の日付で作成してください。																
所員所名				所長名												

(注) 1 この申告書は、被扶養者の要件を備えるに至った場合はその日より30日以内に、

欠くに至った場合は速やかに提出してください。

(30日を過ぎた認定申告は、当支部での申告受付日からの認定になります。)

2 年間所得推計額は、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。

3 ※は記入しないでください。

所員所
受付印

扶養事実申述書

令和 年 月 日

公立学校共済組合千葉支部長様

組合員番号	N
組合員氏名	
電話番号	

組合員の配偶者の有無 有・無

配偶者が公立学校共済組合千葉支部組合員の場合は以下を記入

配偶者所属所名 _____

配偶者氏名 _____

配偶者組合員番号 _____

① 認定を受けようとする被扶養者について

被扶養者氏名	組合員との続柄	職業	収入	年間収入推計額
			有・無	円

② 被扶養者の配偶者の有無について(被扶養者が組合員の配偶者である場合は記入不要)

配偶者無し 配偶者有り (配偶者氏名: _____) → 被扶養者と同居の場合、収入比較書類が必要

③ 被扶養者の収入について記入し、所得証明書の他に提出する書類を確認してください。

※最新の所得証明書は必ず提出。収入の種類を確認させていただきます。

収入の種類(収入有の場合、該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/>	所得証明書の他に添付するもの
<input type="checkbox"/> 給与収入(パート、アルバイト含む)	在職等証明書(様式あり)
<input type="checkbox"/> 年金収入(遺族・障害年金、恩給、個人年金含む)	最新年金額がわかる年金証書・改定通知書等の写し
<input type="checkbox"/> 事業収入・農業収入・不動産収入・その他()	確定申告書及び収支内訳書の写し
<input type="checkbox"/> 株等の配当・譲渡収入	1年間の取引結果のわかる書類の写し

④ 被扶養者の住所について

同居・別居の別	別居の場合の住所
<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

⑤ 被扶養者と同居する者全員(組合員本人除く)について記入→扶養義務者(注)がいる場合は収入比較が必要

同居者氏名	被扶養者との続柄	生年月日	職業	組合員の被扶養者に○

(注)組合員と同順位以上の扶養義務を負う者

例① 組合員の子を扶養する場合
→組合員の配偶者、子の配偶者等

例② 組合員の母を扶養する場合、
→母の夫、組合員の兄弟姉妹等

⑥ 被扶養者と別居する扶養義務者(注)について記入→被扶養者への送金がある場合は収入比較が必要

扶養義務者氏名	被扶養者との続柄	生年月日	職業	組合員の被扶養者に○	被扶養者への送金	住所
					有・無	
					有・無	
					有・無	

⑦ 別居している場合、下記の書類を提出

被扶養者の種別	提出書類
<input type="checkbox"/> 学生の場合	在学証明書
<input type="checkbox"/> その他	送金関係申告書(様式あり)

⑧ 特記事項があれば記入してください。

--

扶養事実申述書

令和 年 月 日

公立学校共済組合千葉支部長様

組合員番号	N 123456
組合員氏名	公立 太郎
電話番号	○○○○○○○○

組合員の配偶者の有無 有 無

配偶者が公立学校共済組合千葉支部組合員の場合は以下を記入

配偶者所属所名 _____

配偶者氏名 _____

配偶者組合員番号 _____

① 認定を受けようとする被扶養者について

被扶養者氏名	組合員との続柄	職業	収入	年間収入推計額
公立 一男	長男	学生	有・無	1,000,000 円

② 被扶養者の配偶者の有無について(被扶養者が組合員の配偶者である場合は記入不要)

配偶者無し 配偶者有り (配偶者氏名: _____) → 被扶養者と同居の場合、収入比較書類が必要

③ 被扶養者の収入について記入し、所得証明書の他に提出する書類を確認してください。

※最新の所得証明書は必ず提出。収入の種類を確認させていただきます。

収入の種類(収入有の場合、該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/>	所得証明書の他に添付するもの
<input checked="" type="checkbox"/> 給与収入(パート、アルバイト含む) →	在職等証明書(様式あり)
<input type="checkbox"/> 年金収入(遺族・障害年金、恩給、個人年金含む) →	最新年金額がわかる年金証書・改定通知書等の写し
<input type="checkbox"/> 事業収入・農業収入・不動産収入・その他() →	確定申告書及び収支内訳書の写し
<input type="checkbox"/> 株等の配当・譲渡収入 →	1年間の取引結果のわかる書類の写し

④ 被扶養者の住所について

同居・別居の別	別居の場合の住所
<input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

⑤ 被扶養者と同居する者全員(組合員本人除く)について記入→扶養義務者(注)がいる場合は収入比較が必要

同居者氏名	被扶養者との続柄	生年月日	職業	組合員の被扶養者に○
公立 花子	母	S44.4.5	自営業	

(注)組合員と同順位以上の扶養義務を負う者

例① 組合員の子を扶養する場合
→組合員の配偶者、子の配偶者等

例② 組合員の母を扶養する場合、
→母の夫、組合員の兄弟姉妹等

⑥ 被扶養者と別居する扶養義務者(注)について記入→被扶養者への送金がある場合は収入比較が必要

扶養義務者氏名	被扶養者との続柄	生年月日	職業	組合員の被扶養者に○	被扶養者への送金	住所
					有・無	
					有・無	
					有・無	

⑦ 別居している場合、下記の書類を提出

被扶養者の種別	提出書類
<input type="checkbox"/> 学生の場合 →	在学証明書
<input type="checkbox"/> その他 →	送金関係申告書(様式あり)

⑧ 特記事項があれば記入してください。

長男 一男は、学生で収入も少なく一人で生計を維持できないため、組合員が扶養している。

任意継続組合員
任意継続組合員被扶養者

登録事項変更申告書

資格確認書交付要否欄 (氏名変更を含む場合のみ□記入。住所変更のみの場合は記入不要)

要 否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「□要」記入してください。

なお、交付が必要な場合は以下に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者
- ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者

組合員氏名		変更理由		変更する者		
組合員番号		N	発生年月日	令和 年 月 日	組合員 被扶養者	
変 更 事 項	氏 名					性 別
	フリガナ	氏			名	男 ・ 女
	漢 字					
	郵便番号			住 所 (都道府県名から記入)		
	旧	一				
	市町村 コード				(フリガナ)	
その他						
新	氏 名					性 別
	フリガナ	氏			名	男 ・ 女
	漢 字					
	郵便番号			住 所 (都道府県名から記入)		
	新	一				
	市町村 コード				(フリガナ)	
その他						

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合千葉支部長 様

令和 年 月 日

申告者

氏名

電話番号

住所

(注)

- 1 「変更する者」欄は、該当項目を○で囲んでください。
- 2 変更しようとする事項についてのみ、変更前の内容を「旧」欄に、変更後の内容「新」欄に記入してください。
(ただし、被扶養者の登録事項を変更するときは、該当者の氏名も「旧」の「氏名」欄に記入してください。)
- 3 住所変更のみの場合を除き、資格確認書等を添付してください。 (発行されている方のみ)

任意継続組合員
任意継続組合員被扶養者

登録事項変更申告書

記入例

資格確認書交付要否欄（氏名変更を含む場合のみ□記入。住所変更のみの場合は記入不要）

□要

□否

※資格確認書の交付が必要な場合は、「□要」記入してください
なお、交付が必要な場合は以下に限ります。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカードを取得する予定の者
- ・マイナンバーカードを取得する予定の者
- ・マイナンバーカードを取得する予定の者
- ・マイナンバーカードを取得する予定の者
- ・マイナンバーカードを取得する予定の者
- ・マイナ保険

氏名の変更がある場合は、必ずどちらかに□記入をしてください。

住所変更のみの場合は、記入は不要です。

余者

ある要配慮者

組合員氏名		山田 太郎		変更理由	住所変更		変更する者			
組合員番号		NOOOOOOO		発生年月日	令和〇年〇月〇日		組合員 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 <input checked="" type="checkbox"/>			
変更事項	旧	氏 名						性別		
		フリガナ	氏						男 ・ 女	
		漢字								
		郵便番号				住 所 (都道府県名から記入)				
		1	0	1	—	0	0	6	2	東京都 千代田区 神田駿河台 2-9-5
		市町村コード								(フリガナ) トウキョウト チヨダク カンダスルガダイ 2-9-5
その他										
新	新	氏 名						性別		
		フリガナ	氏						男 ・ 女	
		漢字								
		郵便番号				住 所 (都道府県名から記入)				
		2	6	0	—	0	8	5	5	千葉県 千葉市 中央区 市場町 3-3
		市町村コード								(フリガナ) チバケン チバシ チュウオウク イチバチョウ 3-3
その他										
上記のとおり申告します。										
公立学校共済組合千葉支部長 様 令和〇年〇月〇日					電話番号 043-223-4321 住所 〒260-0855 千葉市中央区市場町3-3					
申告者 氏名 山田 太郎										

(注)

- 「変更する者」欄は、該当項目を○で囲んでください。
- 変更しようとする事項についてのみ、変更前の内容を「旧」欄に、変更後の内容「新」欄に記入してください。
(ただし、被扶養者の登録事項を変更するときは、該当者の氏名も「旧」の「氏名」欄に記入してください。)
- 住所変更のみの場合を除き、資格確認書等を添付してください。（発行されている方のみ）

資格確認書等（再）交付申請書

文

資格確認書交付要件の確認

※資格確認書の交付申請ができるのは、以下に限ります。該当しない場合は申請ができませんので、要件を十分確認してください。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者
- ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者

所属所名		フリガナ				性別
		組合員氏名				
所属所コード		組合員番号	N			女
生年月日	昭和 年 月 日	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

(再)交付該当者 (（再）交付する者のみ記載すること)

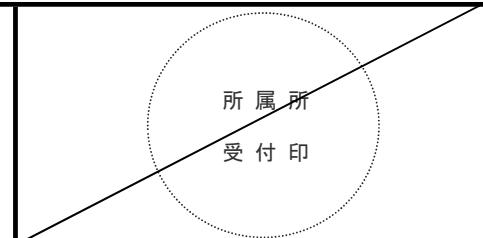
フリガナ 氏名	性別 続柄	生年月日	(再)交付する証の種類 (該当するものに○)		
			男	女	昭和 平成 令和	年	月	日
			資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()		
			資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()		
			資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()		
			資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()		
			資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()		

申請理由 (具体的に記入)						
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合千葉支部長様						
令和 年 月 日	申請者 氏名	住 所				

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和 年 月 日	所 属 所 所 属 所 所 属 所	住 所 住 所 長 名	電話番号			

※返信先を明記した返信用封筒（郵便代+簡易書留分の切手貼付）を同封すること。

※表面の印字がすべて読み取れないなど紛失以外の理由で再交付申請をする場合、
その資格確認書等を併せて添付すること。



資格確認書等（再）交付申請書



資格確認書交付要件の確認

※資格確認書の交付申請ができるのは、以下に限ります。該当しない場合は申請ができませんので、要件を十分確認してください。

- ・マイナンバーカードを取得していない者、マイナンバーカード返納者
- ・マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない者、利用登録解除者
- ・マイナンバーカードの電子証明書の有効期限切れの者
- ・マイナンバーカードを紛失した者、更新中の者
- ・マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要がある要配慮者

所属所名		フリガナ	チバ タロウ	性別 男
		組合員氏名	千葉 太郎	
所属所コード		組合員番号	N 〇〇〇〇〇〇	女
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 平成	資格取得年月日	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和	

(再)交付該当者 ((再)交付する者のみ記載すること)

フリガナ 氏名	性別 続柄	生年月日	(再)交付する証の種類 (該当するものに○)
チバ タロウ 千葉 太郎	男 女 本人	昭和 平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日 令和	資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()
	男 女	昭和 平成 年 月 日 令和	資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()
	男 女	昭和 平成 年 月 日 令和	資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()
	男 女	昭和 平成 年 月 日 令和	資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()
	男 女	昭和 平成 年 月 日 令和	資格確認書・資格情報のお知らせ・ 高齢受給者証・限度額適用認定証 ・特定疾病療養受療証 ・その他()

申請理由 (具体的に記入)	紛失のため 等
------------------	---------

上記のとおり申請します。
公立学校共済組合千葉支部長 様

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

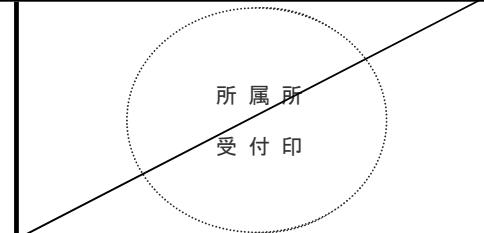
住 所 千葉市中央区市場町X-1X
申請者 氏名 千葉 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日 所 属 所 住 所
所 属 所 住 所 電話番号
所 属 所 長 名

※返信先を明記した返信用封筒（郵便代+簡易書留分の切手貼付）を同封すること。

※表面の印字がすべて読み取れないなど紛失以外の理由で再交付申請をする場合、
その資格確認書等を併せて添付すること。



公立学校共済組合限度額適用認定申請書

マイナ保険証を使用する場合は、本申請は不要です。

公務(労働)又は通勤災害に該当する方は、組合員証等及び限度額適用認定証は使用できません。

交通事故等で第三者の行為により負傷し、限度額適用認定証を使用する場合は、共済組合に届出が必要です。

組合員の記号番号	公立千 N			所属コード		
組合員氏名				性別	男・女	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
所属機関	名称					
	所在地					
	電話番号					
標準報酬月額			円			
適用対象者氏名		性別	男・女	組合員との 続柄		
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日					
入院・外来期間 (予定)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
申請のあつた日の前月以前の 病院への医療費の支払の有 無	支払無	令和 年 月分～令和 年 月分 までの医療費の支払いをしていない。			支払済	申請日の前月以前の医 療費の支払いをしてい る。

上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。

公立学校共済組合 千葉支部長 様

令和 年 月 日

組合員 住 所

氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名

氏 名

①限度額適用認定証は原則、登録している住所へ送付いたしますが、他の送付先を希望される場合は、送付先を御記入ください。

(送付先住所 〒 宛先名)

②組合員が住民税非課税の場合、申請用紙が異なります。(限度額適用・標準負担額減額認定申請書による申請のため、共済組合にご連絡ください。)

③任意継続組合員は、所属コード、所属機関、標準報酬月額、所属機関の長の欄は記載不要です。
(任意継続組合員の所得区分は、掛金の標準となった額により算定いたします。)

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

マイナ保険証を使用する場合は、本申請は不要です。

公務(労働)又は通勤災害に該当する方は、組合員証等及び限度額適用認定証は使用できません。

交通事故等で第三者の行為により負傷し、限度額適用認定証を使用する場合は、共済組合に届出が必要です。

組合員の記号番号	公立千 N 2 6 0 0 0 0			所属コード	
組合員氏名	千葉 太郎			性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 ○○年 5月 23				
所属機関	名称	●公務(労働)又は通勤災害に該当する方は、保険証等及び限度額適用認定証は使用できません。			
	所在地	●交通事故等の第三者の行為により負傷し、限度額適用認定証を使用する場合は、共済組合に届出が必要です。			
	電話番号				
標準報酬月額		円			
適用対象者氏名	千葉 花子	性別	男・女	組合員との続柄	妻
生年月日	昭和・平成・令和 ○○年 6月 13 日				
入院・外来期間(予定)	令和 ×× 年 7月 9 日から令和 ×× 年 8月 5 日まで				
申請のあった日の前月以前の病院への医療費の支払の有無	支払無	令和 ×× 年 7月分～令和 ×× 年 7月分までの医療費の支払いをしていない。		支払済	申請日の前月以前の医療費の支払いをしている

上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定証の交付を申請します。

公立学校共済組合 千葉支部長様

令和 ×× 年 8月 2日

組合員 住 所 千葉市中央
氏 名 千葉 太郎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関の長 職 名
氏 名

こちらの①～③についても必ずご覧ください。

①限度額適用認定証は原則、登録している住所へ送付いたしますが、他の送付先を希望される場合、送付先を御記入ください。

(送付先住所 〒

宛先名

)

②組合員が住民税非課税の場合、申請用紙が異なります。(限度額適用・標準負担額減額認定申請書による申請のため、共済組合にご連絡ください。)

③任意継続組合員は、所属コード、所属機関、標準報酬月額、所属機関の長の欄は記載不要です。

(任意継続組合員の所得区分は、掛金の標準となった額により算定いたします。)

●原則、申請のあった日の属する月の初日から発行します。

医療機関に対する支払いを保留している等、申請のあった日の前月以前に未支払いの期間がある場合は、の期間をご記入ください。

例: 入院期間7/9～8/5
本人が申請した日と所属証明日→8/2
申請のあった日(申請書が共済組合に届いた日)→8/4

原則、申請日の属する月の1日、つまり8/1から限度額証しか発行出来ません。

7月の支払いを病院で保留している場合、ここに記入することにより、特例として7月から使える限度額証を発行できます。

公立学校共済組合限度額適用認定証返納届

組合員の記号番号	公立千		所属コード	
組合員氏名				
所 属	名 称			
	所在地			
適用対象者氏名				
有効期限	令和 年 月 日			
返納理由 (該当するものに○)	1 限度額認定証の有効期限に達した(または治療が終了した) 2 組合員の所得区分が変更になった 3 組合員が資格を喪失した(他共済への異動を含む) 4 適用対象者である被扶養者が被扶養者でなくなった 5 適用対象者である被扶養者が70歳に達する月の翌月に至った 6 適用対象者が老人医療受給者(後期高齢者)になった 7 その他(理由を記入)			
上記理由のため、公立学校共済組合限度額適用認定証を返納します。 公立学校共済組合 千葉支部長 様 令和 年 月 日 住 所 氏 名				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関の長 職 名 氏 名				

共済

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

請求書

出

所属所名		組合員名		資格取得年月日		
				令和年月日		
所属所コード		組合員番号		資格喪失年月日		
				令和年月日		
出産者	フリガナ	組合員との関係		出産児	フリガナ	
	氏名	本人・被扶養者	被扶養者の場合は資格取得年月日			名	続柄 (長男等)
出産年月日		出産の場所(名称及び住所)				
令和年月日						
医師又は助産師の証明*	上記の出産者は、令和年月日に、男児・女児を(妊娠ヶ月)したことを証明する。 出産・早産・流産・死産(妊娠ヶ月) 証明者(医師又は助産師) 住所 氏名					(印)
出産に要した費用		円	医療機関に支払った金額	円	産科医療補償制度対象分娩該当の有無	有・無
法定給付		附加金				
請求金額	円		50,000			円
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長様						
令和年月日		請求者		住所		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。						
令和年月日		所属所住所 所属所名 所属所長名		電話番号		

*注意事項

「医師又は助産師の証明」を記載する場合は、できる限り本指定欄に受けてください。

◆添付書類(★記入例や手引きも必ずご覧ください。)

1 直接支払制度を利用する場合

- ① 「医療機関等と直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「領収書等の写し」

※「医師又は助産師の証明」は妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要

2 直接支払制度を利用しない場合

- ① 「医師または助産師の証明」(必須)
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「直接支払制度を利用していない旨の記載がある領収書等」または「医療機関等と直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し」
- ④ 「領収書等の写し」

3 多胎児の場合、請求書は出産児1人に対して1部ずつ提出してください。

所属
受付印

共済

出産費・同附加金
家族出産費・同附加金

記入例①

直接支払制度を利用する場合で、
出産費用が法定給付額を超えた場合。

所属所名	共済小	組合員名	千葉共子	出産年月日			
所属所コード	40000	組合員番号	19980000	資格喪失年月日			
出産者	チバ キヨウコ	組合員との関係	本人・被扶養者	出産児	フリガナ	ユウタ	続柄 (長男等)
氏名	千葉共子	被扶養者の場合は資格取得年月日	令和年月日	名	雄太	長男	
出産年月日	出産の場所(名称及び住所) 船橋市船橋2-2-20 ▲▲クリニック						
令和〇〇年 3月 31日							
医師又は助産師の証明*	上記の出産者は、平成年月日に、男児・女児を出産しました。 直接支払制度を利用する場合、医師の証明は原則、不要。 妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要です。 印						
出産に要した費用	580,000 円	医療機関に支払った金額	80,000 円	産科医療補償制度対象分娩該当の有無	有・無		
請求金額	法定給付		附加金				
	0 円	50,000 円					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長 様 令和〇〇年 4月 5日		★組合員の資格喪失後6か月以内に出産した方について★ 「附加金」は支給されません。(手引き参照) 法定給付(差額支給)がない場合は、出産費の請求をする必要はありません。					
氏名 千葉共子							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 〒 260-8619 電話番号 043(223)4118							
令和〇〇年 4月 5日 所属住所 千葉市中央区市場町2-2 所属所名 千葉市立共済小学校 所属所長名 共済一郎							

*注意事項

「医師又は助産師の証明」を記載する場合は、できる限り本指定欄に受けてください。

◆添付書類(★記入例や手引きも必ずご覧ください。)

1 直接支払制度を利用する場合

- ① 「医療機関等と直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「領収書等の写し」

※「医師又は助産師の証明」は妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要

2 直接支払制度を利用しない場合

- ① 「医師または助産師の証明」(必須)
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「直接支払制度を利用していない旨の記載がある領収書等」または「医療機関等と直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し」
- ④ 「領収書等の写し」

3 多胎児の場合、請求書は出産児1人に対して1部ずつ提出してください。

所
属
受
付
印

共済

出 産 費 ・ 同附加金

家 族 出 産 費 ・ 同附加金

記入例②

直接支払制度を利用する場合で、
出産費用が法定給付額に満たない場合。

所属所名	共 済 小		組合員名	千葉 共子	令和〇〇年 4 月 1 日			
所属所コード	40000		組合員番号	19980000	資格喪失年月日 令和 年 月 日			
出産者	フリガナ	チバ キヨウコ	組合員との関係 本人・被扶養者		出産児	フリガナ	ユウタ	続柄 (長男等)
氏名		千葉 共子	被扶養者の場合は資格取得年月日 令和 年 月 日		名		雄太	長男
出 産 年 月 日			出産の場所(名称及び住所) 船橋市船橋2-2-20 ▲▲クリニック					
令和〇〇年 3 月 31 日								

医師又は助産師の証明*	上記の出産者は、平成 年 月 日に、男児・女児を 直接支払制度を利用する場合、医師の証明は原則、不要。 妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要です。 印							
-------------	--	--	--	--	--	--	--	--

出産に要した費用	350,000 円	医療機関に支払った金額	0 円	産科医療補償制度対象分娩該当の有無	有・無
請求金額	法定給付 150,000 円		附加金 50,000 円		
出産費用が法定給付額に満たない場合、 その差額を請求する。 ※ 500,000円(令和5年3月31日以前の出産は 420,000円) 【計算例】 500,000円 - 350,000円 = 150,000円			組合員の資格喪失後6か月以内に出産した方 の請求では「附加金」は支給されません。(手 引き参照) 二重線の見え消して0円に訂正してください。		
求 者 住 所 氏 名 千葉 共子					

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます 〒 260-8619 電話番号 043(223)4118

令和〇〇年 4 月 5 日 所 属 所 住 所 千葉市中央区市場町2-2
所 属 所 名 千葉市立共済小学校
所 属 所 長 名 共済 一郎

* 注意事項

「医師又は助産師の証明」を記載する場合は、できる限り本指定欄に受けてください。

◆添付書類(★記入例や手引きも必ずご覧ください。)

1 直接支払制度を利用する場合

- ① 「医療機関等と直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「領収書等の写し」

※「医師又は助産師の証明」は妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要

2 直接支払制度を利用しない場合

- ① 「医師または助産師の証明」(必須)
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「直接支払制度を利用しない旨の記載がある領収書等」または「医療機関等と直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し」
- ④ 「領収書等の写し」

3 多胎児の場合、請求書は出産児1人に対して1部ずつ提出してください。

所 属
受 付 印

共済

出 産 費 ・ 同附加金

家 族 出 産 費 ・ 同附加金

記入例③

直接支払制度を利用しない場合

所属所名	共 済 小		組 合 員 氏 名	千 葉 共 子		令 和 ○ ○ 年 4 月 1 日	
所属所コード	40000		組 合 員 番 号	19980000		資 格 喪 失 年 月 日	
出 産 者	フリガナ	チバ キヨウコ	組合員との関係 本人・被扶養者 被扶養者の場合は資格取得年月日 令和 年 月 日		出 産 児	フリガナ ユウタ	続 柄 (長男等) 雄太
出 産 年 月 日		出産の場所(名称及び住所) 船橋市船橋2-2-20 ▲▲クリニック					
令和 ○ ○ 年 3 月 3 1 日							
医師又は助産師の証明*	上記の出産者は、令和 ○ ○ 年 3 月 3 1 日に男児・女児を 出産・早産・流産・死産 (妊娠 10 か月) したことを証明する。 令和 ○ ○ 年 4 月 2 日 証明者(医師又は助産師)						
出産に要した費用	520,000 円		医療機関に支払った金額	520,000 円		産科医療補償制度対象分娩該当の有無	有・無
請求金額	法定給付			附加金			
	500,000 円			50,000 円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長様 令和 ○ ○ 年 4 月 5 日 請求者 氏名 千葉 共子				組合員の資格喪失後6か月以内に出産した方の請求では「附加金」は支給されません。(手引き参照) 二重線の見え消しで0円に訂正してください。			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます <u>260-8619</u> 電話番号 043(223)4118 令和 ○ ○ 年 4 月 5 日 所 属 所 住 所 千葉市中央区市場町2-2 所 属 所 名 千葉市立共済小学校 所 属 所 長 名 共済 一郎							

*注意事項

「医師又は助産師の証明」を記載する場合は、できる限り本指定欄に受けてください。

◆添付書類(★記入例や手引きも必ずご覧ください。)

1 直接支払制度を利用する場合

- ① 「医療機関等と直接支払制度を利用する旨を合意した文書の写し」
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「領収書等の写し」

※「医師又は助産師の証明」は妊娠4ヶ月(85日)以上22週未満の出産(死産・流産含む)の場合のみ必要

2 直接支払制度を利用しない場合

- ① 「医師または助産師の証明」(必須)
- ② 出生日と妊婦合計負担額の記載がある「出産費用明細書(分娩費用明細書)の写し」
- ③ 「直接支払制度を利用していない旨の記載がある領収書等」または「医療機関等と直接支払制度を利用しない旨を合意した文書の写し」
- ④ 「領収書等の写し」

3 多胎児の場合、請求書は出産児1人に対して1部ずつ提出してください。

 所 属
 受 付 印

傷病手当金
傷病手当金附加金

請求書



(その1)

基本事項

所属所名			組合員 氏名			資格取得年月日 昭和 平成 年月日
所属所コード			組合員 番号			資格喪失年月日 平成 令和 年月日
標準報酬月額						円
発生年月	年月		請求期間		年月日から	
勤務できなくなった 最初の日	年月日				年月日まで	
請求金額	傷病手当金	円	傷病手当金 附加金	円	請求金額	円

地方公務員災害補償法の規定等、業務上の災害による休業補償等受給の有無 (○有 ○無 ○請求中)

年金受給の有無 (○有 ○無 ○請求中) → 有の場合は下欄に詳細を記入。

年金額	障害共済(厚生)年金 及び老齢厚生年金額	円	支給開始日	平成 令和 年月日
	障害基礎年金及び 老齢基礎年金額	円	支給開始日	平成 令和 年月日
	障害一時金	円	支給	平成 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(下欄に証明を受けてください。)

傷病名			発病年月日	平成 令和 年月日
勤務不能と認めた 期間	平成 令和 年月日	から	平成 令和 年月日	まで
発病後現在までの 加療内容及び 療養経過				
療養の効果及び 治癒の見通し				
勤務できるか否か についての所見				
令和 年月日		所在地	電話番号 () -	
		医療機関名		
		医師氏名		印

請求者及び所属所長の証明

上記のとおり請求します。また、年金等の遡及決定により調整が生じた場合、過受給額を返納します。

令和 年月日

公立学校共済組合千葉支部長 様 住 所
氏 名

電話番号 () -

印

本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年月日

所属所住所

所属所名
所属所長名

電話番号 () -

【注意】

※業務上の災害による休業補償等を受給する場合は、決定通知書の写しを別途添付してください。
※現在休業補償を受給していない、あるいは請求中の場合でも、受給が決まった場合は速やかに公立学校共済組合千葉支部に御連絡ください。なお、休業補償等の受給状況を、実施機関に確認することができます。

※障害共済(厚生)年金等を受給する場合、傷病手当金は年金受給額が控除され差額が給付されます。

※障害共済(厚生)年金は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることがあります。その場合は障害共済(厚生)年金が優先され傷病手当金が調整されるため、過受給額を返納していただく必要があります。

所属所
受付印

傷 病 手 当 金 請 求 書
傷病手当金附加金

(そ の 2)

所 属 所 名		組 合 員 番 号		組 合 員 氏 名	
---------	--	-----------	--	-----------	--

報酬の支払状況証明

年 月 日 から 年 月 日 まで出勤しなかった期間に対して、

次の報酬を支払ったことを証明する。（（表面・その1）の所属所長が証明します。）

年 月 日 から 円

年 月 日 まで 円

年 月 日 から 円

年 月 日 まで 円

給付額の算定

給付日額算定	標準報酬月額 <input type="text"/> 円 × 1/22 = <input type="text"/> 円 …標準報酬日額 (10円未満四捨五入)	今回支給日数				
		傷病手当金…○ 日間 附加金…□ 日間 (週休日除く・祝日含む)				
①報酬との調整	標準報酬日額 <input type="text"/> 円 × 2/3 = <input type="text"/> 円 …給付日額 (円未満四捨五入)	曜日	1	8	15	22
	・報酬との調整がある場合⇒「①報酬との調整」へ ・年金との調整がある場合⇒「②年金との調整」へ ・調整がない場合⇒「③給付額の算定」へ		29			
②年金との調整	報酬日額（『報酬支給額証明書』より転記） <input type="text"/> 円 …報酬日額		2	9	16	23
	給付日額 報酬日額 <input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> 円 ⇒③給付日額へ		30			
③給付額の算定	年金額 <input type="text"/> 円 × 1/264 = <input type="text"/> 円 …調整額		3	10	17	24
	給付日額 調整額 <input type="text"/> - <input type="text"/> = <input type="text"/> 円 ⇒③給付日額へ		31			
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
障害一時金との調整	【傷病手当金】 <input type="text"/> 円 × <input type="text"/> 日 = <input type="text"/> 円					
	【傷病手当金附加金】 <input type="text"/> 円 × <input type="text"/> 日 = <input type="text"/> 円 合計 <input type="text"/> 円					
	退職時標準報酬月額 <input type="text"/> 円 × 1/22 = <input type="text"/> 円 (10円未満四捨五入) …A					
	退職時標準報酬日額 <input type="text"/> 円 × 2/3 = <input type="text"/> 円 (円未満四捨五入) …給付日額B					
	障害一時金の額 <input type="text"/> 円 ÷ <input type="text"/> 円 = <input type="text"/> 日 (小数点以下の端数を切上) …C					
	給付日額B × C 障害一時金の額 支給再開年月日における支給額 <input type="text"/> 円 - <input type="text"/> 円 = <input type="text"/> …D					
	※退職日の翌日から、土日曜日を除いてC日数経過した日 支給再開年月日 平成 年 月 日					
	【傷病手当金】 <input type="text"/> 円 × <input type="text"/> 日 + <input type="text"/> 日 = <input type="text"/> 円					
	【傷病手当金附加金】 <input type="text"/> 円 × <input type="text"/> 日 + <input type="text"/> 日 = <input type="text"/> 円 合計 <input type="text"/> 円					

〔添付書類〕 出勤簿の写し 辞令の写し

〔該当がある場合〕 『報酬支給額証明書』（支給がある場合） 『休業補償決定通知書』（支給がある場合）

年金証書又は年金額改定通知書の写し（年金受給者のみ。年金額が決定または改定されたときは隨時提出。）

報酬の支払状況証明（別紙対応とした場合）

※初回請求時のみ、下記書類も添付

履歴書または人事カードの写し 出勤簿の写し（療養のために勤務できなくなつてから直近までの期間すべて）

〔該当がある場合〕 辞令の写し（休職に入つてから直近までの辞令すべて）

『試算シート』 給与明細の写し（試算シートの根拠とした休職開始月の翌月分のもの）

※短期組合員等の添付書類については手引参照

記入例

傷病手当金
傷病手当金附加金

請求書



(その1)

基本事項

所属所名	千葉県立○○高等学校		組合員氏名	共済 花子		資格取得年月日
所属所コード	発生年月…初めて医師の診察を受けた年月 勤務できなくなった最初の日…休暇・欠勤を問わず					昭和 ○年 4月 1日 資格 平成 令和 合和
標準報酬月額			00	490,000		入力すると 裏面の曜日が自
発生年月	平成 ○年 ○月	令和 ○年 5月 1日 から	期間	令和 ○年 5月 31日 まで		
勤務できなくなった最初の日	平成 ○年 ○月	ブルダウンで選択できます。				
請求金額	傷病手当金 237,552 円	傷病手当金附加金 103,929 円	請求金額	341,481 円		

地方公務員災害補償法の規定等、業務上の災害による休業補償等受給の有無 (○有)

黄色セルは計算式が入っています。

年金受給の有無 (○有 ◎無 ○請求中) 一有の場合は下欄に詳細を記入

年金額	障害共済(厚生)年金及び老齢厚生年金額	必ずいずれかを選択してください。	支給	必ずいずれかを選択してください。	月	日
	障害基礎年金及び老齢基礎年金額		支給開始日	平成 令和	年	月
	障害一時金		支給	平成 令和	年	月

療養のため勤務できないことに関する医師の証明(下欄に証明を受けてください。)

傷病名	うつ病		発病年月日	平成 令和 ○年 ○月 ○日		
勤務不能と認めた期間	平成 ○年 5月 1日 から 平成 ○年 5月 31日 まで					
発病後現在までの治療内容及び療養経過	薬物治療を行っているが、気力低下・焦燥感・不安感が強い。					
療養の効果及び治癒の見通し	治療により睡眠障害・起床困難について改善がみられるが、気力低下・焦燥感・不安感が継続している。					
勤務できるか否かについての所見	意欲低下、抑うつ状態が続いているが、職場復帰について考えると不安感が強くなり勤務不可能な状態であった。					
〒 261-0024 電話番号 (043) 276 - 1111						
令和 ○年 6月 3日	所在	千葉県千葉市美浜区豊砂○○ 医療機関名 医師氏名 山田 太郎				



請求者及び所属所長の証明

上記のとおり請求します。また、年金等の遡及決定により調整が生じた場合、過受給額を返納します。

〒 260-0855 電話番号 (043) 223 - 0000

公立学校共済組合千葉支部長 様 住所 千葉市中央区市場町○-○
 令和 ○年 6月 4日 氏名 共済 花子



本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

〒 263-0043 電話番号 (043) 255 - 1111

令和 ○年 6月 5日 所属所住所 千葉市稻毛区稻毛東○-○
 所属所名 千葉県立○○高等学校
 所属所長名 校長 千葉 一郎

【注意】

※業務上の災害による休業補償等を受給する場合は、決定通知書の写しを別途添付してください。
 ※現在休業補償を受給していない、あるいは請求中の場合でも、受給が決まった場合は速やかに公立学校共済組合千葉支部に御連絡ください。なお、休業補償等の受給状況を、実施機関に確認することができます。

※障害共済(厚生)年金等を受給する場合、傷病手当金は年金受給額が控除され差額が給付されます。

※障害共済(厚生)年金は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることがあります。その場合は障害共済(厚生)年金が優先され傷病手当金が調整されるため、過受給額を返納していただく必要があります。

千葉県立
○○高等学校

受付印

傷病手当金
傷病手当金附加金
(その2)

所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員番号	19900000	組合員氏名	共済花子
------	------------	-------	----------	-------	------

報酬の支払状況証明					
令和〇年 5月 1日 から 令和〇年 5月 31日 まで出勤しなかった期間に対して、 次の報酬を支払ったことを証明する。 (カレンダー)			所属所長が証明します。)		
令和〇年 5月 1日 令和〇年 5月 31日		入力が必要です。		0円	
令和〇年 月 日 から 令和〇年 月 日 まで					

給付額の算定																																															
給付日額算定	標準報酬月額 $490,000 \text{ 円} \times 1/22 = 22,270 \text{ 円} \dots \text{標準報酬日額}$ (10円未満四捨五入)			カレンダーに○または□をつけて、 支給日数を入力してください。																																											
	標準報酬日額 $22,270 \text{ 円} \times 2/3 = 14,847 \text{ 円} \dots \text{給付日額}$ (円未満四捨五入)			傷病手当金…○ 16 日間 7 日間 (週休日除く・祝日含む)																																											
①報酬との調整	報酬日額 (『報酬支給額証明書』より記載) $\boxed{\quad} \text{ 円} \dots \text{報酬日額}$			求期間の始期を入力すると 自動で曜日が付されます。																																											
	給付日額 $\boxed{\quad} - \boxed{\quad} = \boxed{\quad} \text{ 円} \Rightarrow \text{③給付日額へ}$																																														
	年金との調整 $\boxed{\quad} \text{ 円} \times 1/264 = \boxed{\quad} \text{ 円} \dots \text{調整額}$ (円未満切捨)																																														
②年金との調整	給付日額 $\boxed{\quad} - \boxed{\quad} = \boxed{\quad} \text{ 円} \Rightarrow \text{③給付日額へ}$			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">水</td> <td style="width: 25%;">1</td> <td style="width: 25%;">8</td> <td style="width: 25%;">15</td> <td style="width: 25%;">22</td> <td style="width: 25%;">29</td> </tr> <tr> <td>木</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>金</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>土</td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> <tr> <td>日</td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td>月</td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td>火</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> </table>		水	1	8	15	22	29	木	2	9	16	23	30	金	3	10	17	24	31	土	4	11	18	25		日	5	12	19	26		月	6	13	20	27		火	7	14	21	28	
	水	1	8			15	22	29																																							
	木	2	9			16	23	30																																							
金	3	10	17	24	31																																										
土	4	11	18	25																																											
日	5	12	19	26																																											
月	6	13	20	27																																											
火	7	14	21	28																																											
③給付額の算定																																															
給付日額 $14,847 \text{ 円} \times 16 \text{ 日} = 237,552 \text{ 円}$ 【傷病手当金】 $14,847 \text{ 円} \times 7 \text{ 日} = 103,929 \text{ 円}$ 合計 341,481 円																																															
障害一時金との調整	退職時標準報酬月額 $\boxed{\quad} \text{ 円} \times 1/22 = \boxed{\quad} \text{ 円} \dots \text{A}$			※退職日の翌日から、土日曜日を除いてC日数経過した日 支給再開年月日 平成 年 月 日																																											
	退職時標準報酬日額 $\boxed{\quad} \text{ 円} \times 2/3 = \boxed{\quad} \text{ 円} \dots \text{給付日額B}$																																														
	障害一時金の額 $\boxed{\quad} \text{ 円} \div \boxed{\quad} \text{ 円} = \boxed{\quad} \text{ 日} \dots \text{C}$ (小数点以下の端数を切上)																																														
	給付日額B × C $\boxed{\quad} \text{ 円} - \boxed{\quad} \text{ 円} = \boxed{\quad} \text{ 円} \dots \text{D}$ 支給再開年月日における支給額																																														
	【傷病手当金】 $\boxed{\quad} \text{ 円} \times \boxed{\quad} \text{ 日} + \boxed{\quad} \text{ 日} = \boxed{\quad} \text{ 円}$ 【傷病手当金附加金】 $\boxed{\quad} \text{ 円} \times \boxed{\quad} \text{ 日} + \boxed{\quad} \text{ 日} = \boxed{\quad} \text{ 円}$ 合計 円																																														
	添付書類 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し <input type="checkbox"/> 辞令の写し <該当がある場合> <input type="checkbox"/> 『報酬支給額証明書』(支給がある場合) <input type="checkbox"/> 『休業補償決定通知書』(支給がある場合) <input type="checkbox"/> 年金証書又は年金額改定通知書の写し (年金受給者のみ。年金額が決定または改定されたときは随時提出。) <input type="checkbox"/> 報酬の支払状況証明 (別紙対応とした場合)																																														

※初回請求時のみ、下記書類も添付
 履歴書または人事カードの写し 出勤簿の写し (療養のために勤務できなくなつてから直近までの期間すべて)

<該当がある場合> 辞令の写し (休職に入ってから直近までの辞令すべて)
 『試算シート』 給与明細の写し (試算シートの根拠とした休職開始月の翌月分のもの)

※短期組合員等の添付書類については手引参照

記入例②
会計年度任用職員等

病 手 当 金
手 当 金 附 加 金
(その1)



基本事項

所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員番号	共済花子	資格取得年月日
所属所コード	発生年月…初めて医師の診察を受けた年月 勤務できなくなった最初の日…休暇・欠勤を問わず 請求書記載の傷病により出勤できなかった最初の日			昭和○年4月1日
標準報酬月額	00			資格 平成 令和
発生年月	令和○年○月	期間	令和○年12月1日から	日
勤務できなくなった最初の日	令和○年○月	期間	令和○年12月31日まで	日
請求金額	傷病手当金 119,966 円	傷病手当金附加金	円	請求金額 119,966 円

地方公務員災害補償法の規定等、業務上の災害による休業補償等受給の有無		<input checked="" type="radio"/> 有	<input type="radio"/> 無	黄色セルは計算式が入っています。
年金受給の有無 (<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 請求中) → 有の場合は下欄に詳細を記入				
年金額	障害共済(厚生年金及び老齢厚生年金額)	必ずいずれかを選択してください。	支給	必ずいずれかを選択してください。
	障害基礎年金及び老齢基礎年金額	円	支給開始日	平成令和年月日
	障害一時金	円	支給	平成令和年月日

療養のため勤務できないことに関する医師の証明 (下欄に証明を受けてください。)				
傷病名	うつ病		発病年月日	平成令和○年○月○日
勤務不能と認められた期間	平成令和○年12月1日から平成令和○年12月31日まで			
発病後現在までの加療内容及び療養経過	薬物治療を行っているが、気力低下・焦燥感・不安感が強い。			
療養の効果及び治癒の見通し	治療により睡眠障害・起床困難について改善がみられるが、気力低下・焦燥感・不安感が継続している。			
勤務できるか否かについての所見	意欲低下、抑うつ状態が続いているが、職場復帰については、うつ病の持続する不安感が強くなり勤務不可能な状態であった。			
令和○年1月3日	所在地	〒261	電話番号(043)276-1111	番号(043)276-1111
医療機関名	初回請求時は待定期間を含めて証明をもらってください。 (期間が引き続いている場合は、文中に待定期間○月○日～×月×日も勤務できる状態になかったことを明記)			
医師氏名				

請求者及び所属所長の証明

上記のとおり請求します。また、年金等の遡及決定により調整が生じた場合、過受給額を返納します。

〒260-0855 電話番号(043)223-0000

公立学校共済組合千葉支部長 様 住 所
令和○年1月4日 氏名
共済花子



本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

〒263-0043 電話番号(043)255-1111

令和○年1月5日 所属所住所
千葉市稲毛区稲毛東○-○
所属所名
千葉県立○○高等学校
所属所長名
校長 千葉一郎

【注意】

※業務上の災害による休業補償等を受給する場合は、決定通知書の写しを別途添付してください。

※現在休業補償を受給していない、あるいは請求中の場合でも、受給が決まった場合は速やかに公立学校共済組合千葉支部に御連絡ください。なお、休業補償等の受給状況を、実施機関に確認することができます。

※障害共済(厚生年金等)を受給する場合、傷病手当金は年金受給額が控除され差額が給付されます。

※障害共済(厚生年金)は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることがあります。その場合は障害共済(厚生年金)が優先され傷病手当金が調整されるため、過受給額を返納していただく必要があります。



千葉県立
○○高等学校

受付印

傷病手当金 傷病手当金附加金

(その2)

所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員番号	70000000	組合員氏名	共済花子
------	------------	-------	----------	-------	------

報酬の支払状況証明

令和〇年12月1日から令和〇年12月31日まで出勤しなかった期間に対して、
次の報酬を支払ったことを証明する。（（表面・その1）の所属所長が証明します。）

令和年月日	月	日	から	
令和年月日	月	日	まで	
令和年月日	月	日	から	
令和年月日	月	日	まで	

欠勤や祝日の取扱い等により報酬の
状況が複雑な場合、別紙対応願いま
す（任意様式）。

給付額の算定

給付日額算定	標準報酬月額 $180,000 \text{ 円} \times 1/22 = 8,180 \text{ 円} \cdots \text{標準報酬日額}$ <small>(10円未満四捨五入)</small>		カレンダーに○または□をつけて、 支給日数を入力してください。																									
	標準報酬日額 $8,180 \text{ 円} \times 2/3 = 5,453 \text{ 円} \cdots \text{給付日額}$ <small>(円未満四捨五入)</small>		傷病手当金…○ <small>日間</small> 22 <small>日間</small>																									
	<small>・報酬との調整がある場合⇒「①報酬との調整」へ ・年金との調整がある場合⇒「②年金との調整」へ ・調整がない場合⇒「③給付額の算定」へ</small>		<small>請求期間の始期を入力すると 自動で曜日が付されます。</small>																									
①報酬との調整	報酬日額（『報酬支給額証明書』より記入） $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{報酬日額}$ 給付日額 $-$ 報酬日額 $=$ 給付日額 \Rightarrow ③給付日額へ		<table border="1"> <tr> <td>木</td> <td>1</td> <td>8</td> <td>15</td> <td>22</td> <td>29</td> </tr> <tr> <td>金</td> <td>2</td> <td>9</td> <td>16</td> <td>23</td> <td>30</td> </tr> <tr> <td>土</td> <td>3</td> <td>10</td> <td>17</td> <td>24</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>日</td> <td>4</td> <td>11</td> <td>18</td> <td>25</td> <td></td> </tr> </table>		木	1	8	15	22	29	金	2	9	16	23	30	土	3	10	17	24	31	日	4	11	18	25	
木	1	8	15	22	29																							
金	2	9	16	23	30																							
土	3	10	17	24	31																							
日	4	11	18	25																								
②年金との調整	年金額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times 1/264 = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{調整額}$ <small>(円未満切捨)</small> 給付日額 $-$ 調整額 $=$ 給付日額 \Rightarrow ③給付日額へ		<table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>5</td> <td>12</td> <td>19</td> <td>26</td> <td></td> </tr> <tr> <td>火</td> <td>6</td> <td>13</td> <td>20</td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td>水</td> <td>7</td> <td>14</td> <td>21</td> <td>28</td> <td></td> </tr> </table>		月	5	12	19	26		火	6	13	20	27		水	7	14	21	28							
月	5	12	19	26																								
火	6	13	20	27																								
水	7	14	21	28																								
③給付額の算定	給付日額 【傷病手当金】 $5,453 \text{ 円} \times 22 \text{ 日} = 119,966 \text{ 円}$ 【傷病手当金附加金】 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times \boxed{\text{ }} \text{ 日} = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \quad \text{合計 } 119,966 \text{ 円}$																											
障害一時金との調整	退職時標準報酬月額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times 1/22 = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \quad (10円未満四捨五入) \cdots \text{A}$ 退職時標準報酬日額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times 2/3 = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \quad (\text{円未満四捨五入}) \cdots \text{給付日額B}$ 障害一時金の額 \div 給付日額B $= \boxed{\text{ }} \text{ 日} \quad (\text{小数点以下の端数を切上}) \cdots \text{C}$ 給付日額B \times C $-$ 障害一時金の額 $= \boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{D}$ <small>※退職日の翌日から、土日曜日を除いてC日数経過した日</small> 支給再開年月日における支給額 【傷病手当金】 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times \boxed{\text{ }} \text{ 日} + \boxed{\text{ }} \text{ 日} = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \quad \text{合計 } \boxed{\text{ }} \text{ 円}$ 【傷病手当金附加金】 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times \boxed{\text{ }} \text{ 日} + \boxed{\text{ }} \text{ 日} = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \quad \text{合計 } \boxed{\text{ }} \text{ 円}$		<small>支給再開年月日 平成 年 月 日</small>																									

【添付書類】 出勤簿の写し 辞令の写し

＜該当がある場合＞□『報酬支給額証明書』（支給がある場合） 『休業補償決定通知書』（支給がある場合）

□ 年金証書又は年金額改定通知書の写し（年金受給者のみ。年金額が決定または改定されたときは随時提出。）

□ 報酬の支払状況証明（別紙対応とした場合）

※初回請求時のみ、下記書類も添付

□ 履歴書または人事カードの写し 出勤簿の写し（療養のために勤務できなくなつてから直近までの期間すべて）

＜該当がある場合＞□ 辞令の写し（休職に入ってから直近までの辞令すべて）

□ 『試算シート』 給与明細の写し（試算シートの根拠とした休職開始月の翌月分のもの）

※短期組合員等の添付書類については手引参照

記入例③
報酬との調整

傷病手当金
請求書
傷病手当金附加金
(その1)



基本事項		資格取得年月日	
所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員氏	共済花子
所属所コード	発生年月…初めて医師の診察を受けた年月 勤務できなくなった最初の日…休暇・欠勤を問わず 請求書記載の傷病により出勤できなかつた最初の日		
標準報酬月	平成○年○月	期間	令和○年○月○日
勤務できなくなった最初の日	平成○年○月○日	期間	令和○年○月○日
請求金額	傷病手当金 54,119 円	傷病手当金附加金	請求金額 54,119 円
490,000 黄色セルは計算式が入っています。			

地方公務員災害補償法の規定等、業務上の災害による休業補償等受給の有無 有 無

年金受給の有無 (<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 請求中) → 有の場合は下欄に詳細を記入。				
年金額	障害共済(厚生)年金及び老齢厚生年金額	必ずいずれかを選択してください。	支給開始日	必ずいずれかを選択してください。
	障害基礎年金及び老齢基礎年金額	円	支給開始日	平成令和年月日
	障害一時金	円	支給	平成令和年月日

療養のため勤務できないことに関する医師の証明 (下欄に証明を受けてください。)					
傷病名	うつ病		発病年月日	平成令和○年○月○日	
勤務不能と認めた期間	平成令和○年○月○日	から	平成令和○年○月○日	まで	
発病後現在までの加療内容及び療養経過	薬物治療を行っているが、気力低下・焦燥感・不安感が強い。				
療養の効果及び治癒の見通し	治療により睡眠障害・起床困難について改善がみられるが、気力低下・焦燥感・不安感が継続している。				
勤務できるか否かについての所見	意欲低下、抑うつ状態が続いている、職場復帰について考えると不安感が強くなり勤務不可能な状態であった。				
令和○年○月○日		所在地	〒 261-0024 電話番号 (043) 276 - 1111 千葉県千葉市美浜区豊砂○○ 医療法人○○会 △△クリニック 山田 太郎		

請求者及び所属所長の証明					
上記のとおり請求します。また、年金等の遡及決定により調整が生じた場合、過受給額を返納します。					
公立学校共済組合千葉支部長 様 住 所	千葉市中央区市場町○-○	電話番号 (043) 223 - 0000			
令和○年○月○日	氏名	共済花子			

本書の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。					
令和○年○月○日	所属所住所	〒 263-0043 電話番号 (043) 255 - 1111 千葉市稻毛区稻毛東○-○			
所属所名	千葉県立○○高等学校				
所属所長名	校長 千葉 一郎				

【注意】	
※業務上の災害による休業補償等を受給する場合は、決定通知書の写しを別途添付してください。	
※現在休業補償を受給していない、あるいは請求中の場合でも、受給が決まった場合は速やかに公立学校共済組合千葉支部に御連絡ください。なお、休業補償等の受給状況を、実施機関に確認することができます。	
※障害共済(厚生)年金等を受給する場合、傷病手当金は年金受給額が控除され差額が給付されます。	
※障害共済(厚生)年金は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることがあります。その場合は障害共済(厚生)年金が優先され傷病手当金が調整されるため、過受給額を返納していただく必要があります。	

傷病手当金 傷病手当金附加金

(その2)

所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員番号	19900000	組合員氏名	共済花子
------	------------	-------	----------	-------	------

報酬の支払状況証明

令和〇年5月1日から令和〇年5月31日まで出勤しなかった期間に対して、次の報酬を支払ったことを証明する。(主事の所属所長が証明します。)

令和〇年5月1日	入力が必要です。	0円
令和〇年5月31日		
令和〇年月日から		
令和〇年月日まで		

給付額の算定

給付日額算定	標準報酬月額 $490,000 \text{ 円} \times 1/22 = 22,270 \text{ 円}$ …標準報酬日額 (10円未満四捨五入)		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
	標準報酬日額 $22,270 \text{ 円} \times 2/3 = 14,847 \text{ 円}$ …給付日額 (円未満四捨五入)		傷病手当金…○ 23 日間 (週休日除く・祝日含む)		
『報酬支給額証明書』下欄の『支給額算定調査書』から「報酬日額」を入力してください。			カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
①報酬との調整	報酬日額 (『報酬支給額証明書』より転記) $12,494 \text{ 円}$ …報酬日額		傷病手当金…○ 23 日間		
	給付日額 $14,847 - 12,494 = 2,353 \text{ 円} \Rightarrow ③ \text{給付日額へ}$		(週休日除く・祝日含む)		
②年金との調整	年金額 $\text{[] 円} \times 1/264 = \text{[] 円}$ …調整額 (円未満切捨)		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
	給付日額 $\text{[] 円} - \text{[] 円} = \text{[] 円} \Rightarrow ③ \text{給付日額へ}$		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
③給付額の算定	給付日額 【傷病手当金】 $2,353 \text{ 円} \times 23 \text{ 日} = 54,119 \text{ 円}$		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
	支給日数 【傷病手当金附加金】 $\text{[] 円} \times \text{[] 日} = \text{[] 円}$ 合計 54,119 円		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
障害一時金との調整	退職時標準報酬月額 $\text{[] 円} \times 1/22 = \text{[] 円}$ (10円未満四捨五入) …A		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
	退職時標準報酬日額 $\text{[] 円} \times 2/3 = \text{[] 円}$ (円未満四捨五入) …給付日額B		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。		
障害一時金の額 給付日額B $\text{[] 円} \div \text{[] 円} = \text{[] 日}$ (小数点以下の端数を切上) …C					
給付日額B × C 障害一時金の額 支給再開年月における支給額 $\text{[] 円} - \text{[] 円} = \text{[] 円}$ …D					
※退職日の翌日から、土日曜日を除いてC日数経過した日 支給再開年月日 平成 年 月 日					
給付日額B 支給日数 D 給付決定額 【傷病手当金】 $\text{[] 円} \times \text{[] 日} + \text{[] 円} = \text{[] 円}$ 【傷病手当金附加金】 $\text{[] 円} \times \text{[] 日} + \text{[] 円} = \text{[] 円}$ 合計 54,119 円					

【添付書類】 出勤簿の写し 辞令の写し

<該当がある場合> 『報酬支給額証明書』 (支給がある場合) 『休業補償決定通知書』 (支給がある場合)

年金証書又は年金額改定通知書の写し (年金受給者のみ。年金額が決定または改定されたときは随時提出。)

報酬の支払状況証明 (別紙対応とした場合)

*初回請求時のみ、下記書類も添付

履歴書または人事カードの写し 出勤簿の写し (療養のために勤務できなくなつてから直近までの期間すべて)

<該当がある場合> 辞令の写し (休職に入つてから直近までの辞令すべて)

『試算シート』 給与明細の写し (試算シートの根拠とした休職開始月の翌月分のもの)

*短期組合員等の添付書類については手引参照

記入例④
年金との調整

傷病手当金
請求書
傷病手当金附加金
(その1)



基本事項		資格取得年月日	
所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員氏	共済花子
所属所コード	発生年月…初めて医師の診察を受けた年月 勤務できなくなった最初の日…休暇・欠勤を問わず 請求書記載の傷病により出勤できなかつた最初の日		
標準報酬月	490,000		
発生年月	平成○年○月	令和○年	期間
勤務できなくなった最初の日	平成○年○月	令和○年	5月31日まで
請求金額	傷病手当金 87,136 円	傷病手当金附加金 38,122 円	請求金額 125,258 円

地方公務員災害補償法の規定等、業務上の災害による休業補償等受給の有無			
年金受給の有無 (○有 ○無 ○請求中) → 有の場合は下欄に詳細を記入。			
年金額	障害(厚生)年金 必ず選択してください 老齢基礎年金額	1,507,000 円	支給開始日 平成令和年月日
	障害一時金	975,100 円	支給開始日 平成令和年月日
	療養のため勤務でき 傷病名	年金等を受給している場合は、金額を 入力してください。 (併せて年金証書等の添付が必要)	証明を受けてください。 発病年月日 平成令和○年○月○日
勤務不能と認めた期間	平成令和○年5月1日から平成令和○年5月31日まで	右片麻痺、失語症に対しリハビリ通院中。	
発病後現在までの加療内容及び療養経過	右片麻痺、失語症の障害が残存している。		
療養の効果及び治癒の見通し	集中力、運動機能の低下のため、通常の勤務は困難であった。		
勤務できるか否かについての所見			
令和○年6月3日		所在地 医療機関名 医師氏名	〒 261-0024 電話番号 (043) 276-1111 千葉県千葉市美浜区豊砂○○ 医療法人○○会△△クリニック 山田太郎

請求者及び所属所長の証明			
上記のとおり請求します。また、年金等の遡及決定により調整が生じた場合、過受給額を返納します。			
公立学校共済組合千葉支部長様住所 令和○年6月4日	所在 氏名	〒 260-0855 電話番号 (043) 223-0000 千葉市中央区市場町○-○	共済印
令和○年6月5日	所属所住所 所属所名 所属所長名	〒 263-0043 電話番号 (043) 255-1111 千葉市稻毛区稻毛東○-○ 千葉県立○○高等学校 校長千葉一郎	

【注意】

※業務上の災害による休業補償等を受給する場合は、決定通知書の写しを別途添付してください。
※現在休業補償を受給していない、あるいは請求中の場合でも、受給が決まった場合は速やかに公立学校共済組合千葉支部に御連絡ください。なお、休業補償等の受給状況を、実施機関に確認することができます。

※障害共済(厚生)年金等を受給する場合、傷病手当金は年金受給額が控除され差額が給付されます。

※障害共済(厚生)年金は、請求してから決定までに一定の時間を要することから、遡って決定されることがあります。その場合は障害共済(厚生)年金が優先され傷病手当金が調整されるため、過受給額を返納していただく必要があります。



傷病手当金 傷病手当金附加金

(その2)

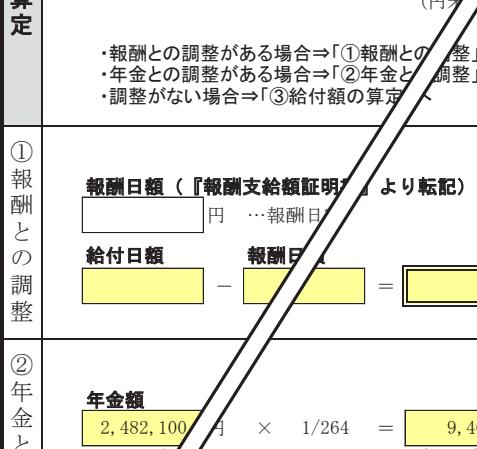
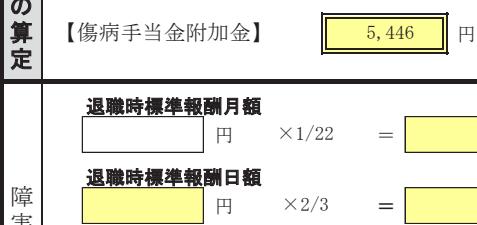
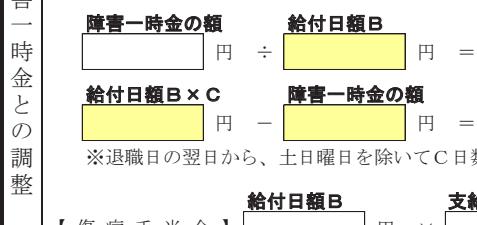
所属所名	千葉県立○○高等学校	組合員番号	19900000	組合員氏名	共済花子
------	------------	-------	----------	-------	------

報酬の支払状況証明

令和〇年5月1日から令和〇年5月31日まで出勤しなかった期間に対して、次の報酬を支払ったことを証明する。(主事の所属所長が証明します。)

令和〇年5月1日	入力が必要です。	0円
令和〇年5月31日		
令和〇年月日から		
令和〇年月日まで		

給付額の算定

給付日額算定	標準報酬月額 $490,000 \text{ 円} \times 1/22 = 22,270 \text{ 円} \cdots \text{標準報酬日額}$ (10円未満四捨五入)		カレンダーに○または□をつけて、支給日数を入力してください。			
	標準報酬日額 $22,270 \text{ 円} \times 2/3 = 14,847 \text{ 円} \cdots \text{給付日額}$ (円未満四捨五入)		傷病手当金…○ 16 日間 7 日間 (週休日除く・祝日含む)			
①報酬との調整	報酬日額 (『報酬支給額証明書』より転記) $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{報酬日額}$		請求期間の始期を入力すると自動で曜日が付されます。			
	給付日額 $\boxed{\text{ }} - \boxed{\text{ }} = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \Rightarrow \text{③給付日額へ}$					
	年金額 $2,482,100 \text{ 円} \times 1/264 = 9,401 \text{ 円} \cdots \text{調整額}$ (円未満切捨)					
③給付額の算定	給付日額 $14,847 - 9,401 = 5,446 \text{ 円} \Rightarrow \text{③給付日額へ}$					
	【傷病手当金】 $5,446 \text{ 円} \times 16 \text{ 日} = 87,136 \text{ 円}$					
	【傷病手当金附加金】 $5,446 \text{ 円} \times 7 \text{ 日} = 38,122 \text{ 円}$		合計 125,258 円			
障害一時金との調整	退職時標準報酬月額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times 1/22 = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{A}$ (10円未満四捨五入)					
	退職時標準報酬日額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times 2/3 = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{給付日額B}$ (円未満四捨五入)					
	障害一時金の額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \div \boxed{\text{ }} \text{ 円} = \boxed{\text{ }} \text{ 日} \cdots \text{C}$ (小数点以下の端数を切上)					
	給付日額B × C $\boxed{\text{ }} \text{ 円} - \boxed{\text{ }} \text{ 円} = \boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{D}$		支給再開年月日における支給額 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \cdots \text{D}$			
	※退職日の翌日から、土日曜日を除いてC日数経過した日				支給再開年月日 平成 年 月 日	
	【傷病手当金】 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times \boxed{\text{ }} \text{ 日} + \boxed{\text{ }} \text{ 日} = \boxed{\text{ }} \text{ 円}$		【傷病手当金附加金】 $\boxed{\text{ }} \text{ 円} \times \boxed{\text{ }} \text{ 日} + \boxed{\text{ }} \text{ 日} = \boxed{\text{ }} \text{ 円}$		合計 $\boxed{\text{ }} \text{ 円}$	

【添付書類】 出勤簿の写し 辞令の写し

〈該当がある場合〉 『報酬支給額証明書』 (支給がある場合) 『休業補償決定通知書』 (支給がある場合)

年金証書又は年金額改定通知書の写し (年金受給者のみ。年金額が決定または改定されたときは随時提出。)

報酬の支払状況証明 (別紙対応とした場合)

※初回請求時のみ、下記書類も添付

履歴書または人事カードの写し 出勤簿の写し (療養のために勤務できなくなつてから直近までの期間すべて)

〈該当がある場合〉 辞令の写し (休職に入つてから直近までの辞令すべて)

『試算シート』 給与明細の写し (試算シートの根拠とした休職開始月の翌月分のもの)

※短期組合員等の添付書類については手引参照

埋葬料・同附加金
家族埋葬料・同附加金 請求書



共済

所属所名		組合員名				資格取得年月日
						昭和年月日 平成令和年月日
所属所コード		組合員番号				資格喪失年月日
						平成令和年月日
死亡者	フリガナ 氏名	性別 男・女	続柄	組合員との関係		
				本人・被扶養者 被扶養者の場合は資格取得年月日		
				昭和年月日 平成令和年月日		
死亡年月日		死亡の場所		死亡の原因(傷病名又は事故の種類)		
令和年月日						
埋葬年月日		死亡者の生年月日		介護保険法による給付を受けていたとき※該当者のみ記入		
令和年月日		昭和年月日 平成年月日 令和年月日		保険者番号 被保険者番号 保険者の名称		
請求金額	法定給付			附加給付		
	50,000円			25,000円		
埋葬料請求者の口座(家族埋葬料は公金受取口座を希望する場合を除き記入しないで下さい。)						
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する				<input type="checkbox"/> 以下の指定口座を希望する		
金融機関名	銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号(右詰めで記入してください。)		
	銀行 支店		普通			
フリガナ						
口座名義						
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長様 令和年月日 請求者 電話番号 住所 氏名 組合員との関係						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和年月日 電話番号 所属所住所 所属所名 所属所長名						

(注) 1 添付書類

埋葬料	<ul style="list-style-type: none"> ・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類 ・請求者名義の通帳の写し(公金受取口座を希望する場合は添付省略) <p>※公金受取口座の情報が取得できないときは、通帳の写しの追加提出を依頼する場合があります。</p> <p>・被扶養者以外の者が請求する場合:上記のほか、 5万円を超える埋葬に要した費用(葬儀代含む)等の領収書及びその内訳明細書の写し</p>
家族埋葬料	・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類

2 死亡の原因欄は具体的に記入してください。

3 選択表示する箇所は、該当する字句を○で囲んでください。

4 本人死亡の場合、組合員証回収報告書及び組合員証を添え、家族の場合は、被扶養者取消申告書及び被扶養者証を添えてください。

5 請求期間は、死亡日の翌日から起算して2年以内となります。

所属所
受付印

埋葬料・同附加金
家族埋葬料・同附加金

請求書

埋

共済

記入例

所属所名	千葉市立共済中学校		組合員氏名	千葉 太郎		資格取得年月日
所属所コード	54321		組合員番号	12345678		資格喪失年月日
死亡者	フリガナ	チバ タロウ	性別	続柄	組合員との関係	昭和 平成〇〇年4月1日
	氏名	千葉 太郎	男・女	本人	本人・被扶養者	被扶養者の場合は資格取得年月日
						昭和 平成〇〇年4月1日
死亡年月日		死亡の場所			死亡の原因(傷病名又は事故の種類)	
令和〇〇年9月1日		千葉共済病院			心不全	
埋葬年月日		死亡者の生年月日			介護保険法による給付を受けたとき※該当者のみ記入	
令和〇〇年9月9日		昭和〇〇年12月1日			保険者番号 被保険者番号 保険者の名称	
令和〇〇年9月9日		平成〇〇年12月1日				
令和〇〇年9月9日		令和				
実際に埋(火)葬の行われた日を		定給付		附加給付		
100,000円		25,000円				
埋葬料請求者の口座(家族埋葬料は公金受取口座を希望する場合を除き記入しないで下さい。)						
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する				<input checked="" type="checkbox"/> 以下の口座を希望する		
金融機関名	銀行コード	0134	支店コード	000	預金種別	
	千葉銀行	XX	支店		普通	
フリガナ	チバ	カスオ				
口座名義	千葉 一夫					
<p>上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長様 令和〇〇年9月30日 請求者</p> <p>手引きに記載されている5万円を超える埋葬に要した費用(葬儀代含む)等の領収書とその内訳明細書の写しを必ず添付してください。(被扶養者を除く)</p>						
<p>〒 999-9999 電話番号 999 (999) 9999 住所 千葉市中央区市場町3-3 氏名 千葉 一夫 組合員との関係 父</p>						
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和〇〇年9月30日 〒 260-8619 電話番号 043 (223) 4118</p> <p>所属所住所 千葉市中央区市場町2-2 所属所名 千葉市立共済中学校 所属所長名 共済一郎</p>						

(注) 1添付書類

埋葬料	・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類 ・請求者名義の通帳の写し(※公金受取口座を希望する場合は添付省略) ※公金受取口座の情報が取得できないときは、通帳の写しの追加提出を依頼する場合があります。 ・被扶養者以外の者が請求する場合:上記のほか、 5万円を超える埋葬に要した費用(葬儀代含む)等の領収書とその内訳明細書の写し
家族埋葬料	・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類

2 死亡の原因欄は具体的に記入してください。

3 選択表示する個所は、該当する字句を〇で囲んでください。

4 本人死亡の場合、異動報告書及び組合員証を添え、家族の場合は、被扶養者取消申告書及び被扶養者証を添えてください。

5 請求期間は、死亡日の翌日から起算して2年以内となります。

所属所
受付印

埋葬料・同附加金
家族埋葬料・同附加金

請求書

埋

共済

記入例

所属所名	千葉市立共済中学校		組合員氏名	千葉 太郎		資格取得年月日
所属所コード	54321		組合員番号	12345678		資格喪失年月日
死亡者	フリガナ	チバ ハナコ	性別	続柄	組合員との関係	
		千葉 花子	男・女	妻	本人・被扶養者	
					被扶養者の場合は資格取得年月日	
					昭和 平成 ○○ 年 4 月 1 日	
死亡年月日	死 亡 年 月 日		死 亡 の 場 所		死亡の原因(傷病名又は事故の種類)	
令和 ○○ 年 9 月 1 日			千葉共済病院		心不全	
埋葬年月日	死 亡 者 の 生 年 月 日				介護保険法による給付を受けていたとき ※該当者のみ記入	
令和 ○○ 年 9 月 9 日	昭和 平成 ○○ 年 12 月 1 日				保険者番号 被保険者番号 保険者の名称	
請求金額	法定給付			附加給付		
	50,000 円			25,000 円		
料請求者の口座 (家族埋葬料は公金受取口座を希望する場合を除き記入しないで下さい。)						
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を希望する				<input type="checkbox"/> 以下の指定口座を希望する		
金機関	行コード	支店コード	預金種別	口座番号(右詰めで記入してください。)		
	銀行	支店	普通			
実際に埋(火)葬の行われた日を記入して下さい。						
名義						
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合千葉支部長様 令和 ○○ 年 9 月 30 日 請求者						
〒 999-9999 電話番号 999 (999) 9999 住 所 千葉市中央区市場町 3-3 氏 名 千葉 太郎 組合員との関係 本人						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 ○○ 年 9 月 30 日 〒 260-8619 電話番号 043 (223) 4118						
所属所住所 千葉市中央区市場町 2-2 所属所名 千葉市立共済中学校 所属所長名 共済 一郎						

(注) 1添付書類

埋葬料	・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類 ・請求者名義の通帳の写し(※公金受取口座を希望する場合は添付省略) ※公金受取口座の情報が取得できないときは、通帳の写しの追加提出を依頼する場合があります。 ・被扶養者以外の者が請求する場合:上記のほか、 5万円を超える埋葬に要した費用(葬儀代含む)等の領収書とその内訳明細書の写し
家族埋葬料	・市区町村長の埋葬許可証若しくは火葬許可証の写し又は死亡事実を証明する書類

2 死亡の原因欄は具体的に記入してください。

3 選択表示する個所は、該当する字句を○で囲んでください。

4 本人死亡の場合、異動報告書及び組合員証を添え、家族の場合は、被扶養者取消申告書及び被扶養者証を添えてください。

5 請求期間は、死亡日の翌日から起算して2年以内となります。

所 属 所
受 付 印

宿泊施設特別利用者証交付申請書

交付No. —

年金証書番号 又は待機者番号			
住 所	〒	—	
	(電話番号	—)
氏 名			
生 年 月 日	年	月	日

上記のとおり宿泊施設特別利用者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

公立学校共済組合千葉支部長 様

申請者氏名 印

注) 110円切手を貼付した返信用封筒(長3)を同封してください。

退職慰労金返還請求書

互助会貸付未償還金	注1
有	無

職員コード(8桁)	漢字氏名	カナ氏名
所属コード	所属名	
	(電話)	
生年月日	年齢	資格停止歴有無 ^{注1}
年月日	才	有・無
互助会加入年月日	退職年月日	
年月日	年月日	
請求理由 ^{注1}		
退職	死亡	異動による退会(異動先:)

以上のとおり退職慰労金の返還を請求します。

年月日

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

〒 電話: _____

住所: _____

氏名: 会員との続柄: _____

- ・ 決定通知を事前に送付するため受取可能な住所を記入してください。
- ・ 振込先口座は短期給付金の登録口座です。振込前に解約等しないでください。

互助会 使用欄	会員期間	通算	年月	(1)平成24年度末の退職慰労金額	
	停止		年月	(2)平成25年4月以降の積立金額	
	加入		年月	(1)+(2)= 返還額合計(A)	
	支給額	未納会費(B)		貸付未償還金(C)	支給額(A-B-C)

注1 該当に○をつけてください(3か所)。

2 遺族が請求する場合は、裏面に振込先口座の通帳等のコピーを貼付してください。

3 「互助会会員証」は会員資格の喪失時に返却してください。

(2024.4)

MEMO

MEMO

MEMO