

年 月 日から 年 月 日間で
出勤しなかった期間に対して支払った報酬

年 月 日 } 間 割 円
年 月 日 }

					支給開始年月	年 金 額
	退	職	共	済	年 金	年 月 日 円
	障	害	共	済	年 金	年 月 日 円
	障	害	基	礎	年 金	年 月 日 円
	障	害	一	時	金	年 月 日 円
	老	齡	厚	生	年 金	年 月 日 円

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

所属所長または
給与担当者氏名

※ 支 給 開 始 日	※ 前 回 支 給 分	※ 今 回 支 給 分
年 月 日	年 月 日	年 月 日

太枠内は記入しないでください

証 明 書

(傷 病 手 当 金 ・ 傷 病 手 当 附 加 金 請 求 用)

組 合 員 氏 名	
傷 病 名	
傷 病 手 当 金 証 明 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで
療 養 の た め 勤 務 で き な い こ と に 関 す る 理 由	

公 立 学 校 共 済 組 合 福 井 支 部 長 様

年 月 日

住 所
医 師 氏 名

印