

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組 合 員	組合員証記号番号	公立福岡							
	氏名								
	所属所名								
適 用 対 象 者	氏名								
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日				
	適用期間	令和	年	月から					
<p>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。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>組合員住所 _____</p> <p>組合員氏名 _____</p>									

※ 「限度額適用認定証」は、医療機関での支払いが未済の場合、医療機関窓口へ提出することによって、医療機関への高額療養費相当額の支払いが免除されるものです。この場合、共済組合から高額療養費の給付はされません。

※ 被扶養者が2割の高齢受給者証をお持ちの場合は、被扶養者の限度額適用認定証の申請は不要です。

① 適用期間は、申請日が属する月以降の日付を記入し、原則として、適用期間の1か月前に提出してください。

なお、過去に遡って発行を希望する場合、医療機関での支払いが未済である旨を余白に記入の上、提出してください。

② 「限度額適用認定証」には共済組合に届け出ている住所が記載されますので、届出済み住所に変更がある場合は、組合員申告書(変更届)を併せて提出してください。

③ 84円切手を貼付した返信用封筒(長形3号:はがきが入る大きさのもの)に送付先を記入の上、同封してください。

	標準報酬月額	適用区分	適用期間	送付日	送付先
※共済組合使用欄	万円				所属・自宅 その他・手交

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員証記号番号		公立福岡							
組合員	氏名			所属機関	名称				
	生年月日	年	月		日	所在地			
減額対象者	氏名			組合員との続柄					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女			
	住所								
長期入院		該当・非該当							
①	申請日の前1年間の入院期間	年		月	日から	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間	年		月	日から	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間	年		月	日から	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間	年		月	日から	年	月	日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名称		所在地					
年中所得の状況	氏名	公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等)		円					
		給与(パート収入等を含む)		円					
		年金・給与以外の所得(所得) (収入 - 必要経費)		円					
	氏名	公的年金(退職共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金、老齢年金、退職年金等)		円					
		給与(パート収入等を含む)		円					
		年金・給与以外の所得(所得) (収入 - 必要経費)		円					
上記のとおり申請します。									
公立学校共済組合福岡支部長 殿									
令和 年 月 日									
〒 -									
住所 _____									
申請者 氏名 _____									

- この申請書には、組合員に係る市町村民税非課税証明書又は保健福祉環境事務所長の「標準負担額減額認定該当」と記載された保護申請却下通知書若しくは保護開始決定通知書又はその写しに民生委員又は保健福祉環境事務所長が原本証明したものを添付してください。
- 長期入院該当の場合は、入院期間、入院をした保険医療機関等を記入してください。

療 養 費
請求書
家族療養費

所属所受付印	共済組合受付印

組合員証 記号番号	公立福岡	所属所名		
組合員氏名		療養者氏名		
傷病の原因 右のいずれかに ○をつけてくだ さい	交通事故・第三者加害行為 公務外・私傷病	※公務上又は通勤災害による傷病が原因である場合は、 療養費及び家族療養費の請求はできません。		
組合員証を 使用できな かった理由 右のいずれかに ○をつけ、必要 事項を記入して ください	【装具等を購入した場合】			
	医師が作成を 指示した日	年 月 日	購入に要した 費用 円	
	治療用装具（装具名 _____）を購入したため			
	弾性着衣（着衣名 _____、枚数 _____ 着）を購入したため			
	小児弱視治療用眼鏡又はコンタクトを購入したため			
	【自費診療した場合】			
	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日数 日	療養に要した 費用 円
	緊急その他やむを得ない事情により組合員証を提示できず自費診療したため 提示できなかった理由： 受診した医療機関名： 傷病名： _____ 初診日： _____ 年 月 日			
	公立学校共済組合福岡支部の資格を取得したが、誤って前の保険証で医療機関を受診し、 前の保険者に医療費を返還したため 前の保険者名： _____			
	海外で診療を受けたため 国名： _____ 通貨名： _____			
その他（理由を記入 _____）				
上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 TEL (____) - (____) - (____)				
〒 _____				
請求者 住所 (記名押印又は署名) 氏名				

記入例・添付書類は裏面参照

※共済組合記入欄	療養費 家族療養費	
	高額療養費	
	一部負担金払戻金 家族療養費附加金	

[記入例（装具購入による請求の場合）]

組合員証 記号番号	公立福岡 0123456	所属所名	福岡市立共済小学校		
組合員氏名	共済 太郎		療養者氏名	共済 花子	
傷病の原因 右のいずれかに ○をつけてくだ さい	交通事故・第三者加害行為		医証等に記載の作成指示日を記入 による傷病が原因である場合 養費の請求 領収証の額		
	○ 公務外・私傷病				
該当する理由に丸を付け、必要事項を記入	【装具等を購入した場合】				
	医師が作成を指示した日	令和○年 8月 5日		購入に要した費用	12,000 円
	○ 治療用装具（装具名 腰椎装具 ）を購入したため				
	弾性着衣（着衣名 _____、枚数 _____ 着）を購入したため				
	小児弱視治療用眼鏡又はコンタクトを購入したため				
	【自費診療した場合】				
組合員証を使用できなかった理由 右のいずれかに○をつけ、必要事項を記入してください	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	日数 日	療養に要した費用	円
	緊急その他やむを得ない事情により組合員証を提示できず自費診療したため 提示できなかった理由：				
	受診した医療機関名： 傷病名： _____ 初診日： _____ 年 月 日				
	公立学校共済組合福岡支部の資格を取得したが、誤って前の保険証で医療機関を受診し、前の保険者に医療費を返還したため 前の保険者名： _____				
	海外で診療を受けたため 国名： _____ 通貨名： _____				
その他（理由を記入 _____）					

[添付書類] 写しと記載があるものを除きすべて原本

- 治療用装具を購入した場合・・・医証又は治療用装具製作指示装着証明書、領収証、見積書又は請求書
- 弾性着衣を購入した場合・・・装着指示書、領収書
- 小児弱視治療用眼鏡を購入した場合・・・作成指示書(写し)、装着後検査結果（作成指示書に記載のもので可）、領収書
- 組合員証を提示できず自費診療した場合・・・診療報酬明細書、領収証等支払を証明できる書類
- 前の保険者に医療費を返還した場合・・・前の保険者から送付された医療費返還通知関係一式、診療報酬明細書、納付書等支払いを確認できる書類
- 海外で診療を受けた場合・・・
 - ・医科の場合：診療内容明細書(FormA)、領収明細書(FormB)、領収書（支払が確認できる書類）、パスポート（身分事項の頁、出入国のスタンプが押印された頁）の写し、同意書
 - ・歯科の場合：診療内容明細書(FormC)、領収明細書(FormB)、領収書（支払が確認できる書類）、パスポート（身分事項の頁、出入国のスタンプが押印された頁）の写し、同意書
- その他・・・療養内容が確認できる書類、支払った額が確認できる書類

診療報酬（医科）領収済証明書									
療養者氏名			生年月日			性別	当院の区分		
						男・女	保険医療機関		非保険医療機関
傷病名			診療開始日			療養期間			
						自		至	
(1)			年 月 日			年 月 日		年 月 日	
(2)			年 月 日			年 月 日		年 月 日	
(3)			年 月 日			年 月 日		年 月 日	
① 初診 時間外・休日・深夜 回					円		診療実日数	転 帰	
	再 診	回	円		日	治療	死亡	中止	
⑫ 再診	外来管理加算	回	円		小児科外来診療料 円 (初診に係る小児科外来診療点数×10) ※「小児科外来診療料」が算定されており、下記項目も算定されている場合には、□にレを記入のうえ、回数も併せて記入してください。				
	時間外加算	回	円						
	休日加算	回	円						
	深夜加算	回	円						
⑬	指導	回	円		<input type="checkbox"/> 初診料の紹介患者加算 回 <input type="checkbox"/> 時間外加算 回 <input type="checkbox"/> 休日加算 回 <input type="checkbox"/> 深夜加算 回 <input type="checkbox"/> 時間外の特例加算 回				
⑭ 在宅	往診	回	円						
	夜間	回	円						
	深夜・緊急	回	円						
	在宅患者訪問診療	回	円						
	その他	回	円						
	薬剤	回	円						
⑳ 投薬	21 内服	単位	円						
	22 屯服	単位	円						
	23 外用	単位	円						
	24 調剤	日	円						
	25 麻毒	日	円						
	27 調基	日	円						
30 注射	皮膚筋肉内	回	円						
	静脈内	回	円						
	その他	回	円						
40 処置	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
50 手麻術酔	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
60 検査	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
70 画診麻断	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
80 其他の	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
	薬剤	回	円						
90 入院	入院年月日		年 月 日						
	病	診	衣	入院科	×	日間	円		
					×	日間	円		
					×	日間	円		
				入学	×	日間	円		
				院管	×	日間	円		
				時理	×	日間	円		
				医科	×	日間	円		
	特定入院料・その他						円		
97 食事	基準				合計	療養費	円		
	円 ×	日間		食事		日 円			
	円 ×	日間		療養費					
	円 ×	日間							

上記の金額は、自費診療扱いで領収済であることを証明します。

令和 年 月 日

医療機関

郵便番号(-)
所在地

TEL
名称
医師名(記名押印又は署名)

Request to Attending Physician
 担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
 この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
 この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Attending Physician's Statement
 診療内容明細書

Form A

様式A

1. Name of Patient (Last, First) Age (Date of birth) Sex (Male · Female)
 患者名 _____ 年齢(生年月日) _____ 性別

2. Name of Illness or Injury preferably with the number of International Classification of Diseases for the use of Health Insurance. (Please refer to the table attached to this form.)
 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号 _____ (No.)

3. Date of first Diagnosis
 初診日 _____

4. Days of Diagnosis and Treatment
 診療日数 _____ days

5. Type of Treatment
 治療の分類

Hospitalization From / / to / / (days)
 入院 自 / / 至 / / (日間)

Outpatient or Home Visit / / . / /
 入院外 _____

6. Nature and Condition of Illness or Injury (in brief)
 症状の概要 _____

7. Prescription, Operation and any other Treatments (in brief)
 処方、手術その他の処置の概要 _____

8. Was the treatment required as a result of an accidental injury? _____ Yes No
 治療は事故の傷害によるものですか。

9. Itemized amounts paid to Hospital and / or Attending Physician : Fill in Form B
 医療機関、または担当医に支払った医療費の内訳：様式Bによる

10. Name and Address of Attending Physician
 担当医の名前及び住所

Name Last(姓) First(名) Title(称号)

Address Home(自宅) Phone(電話)

Office(病院または診療所) Phone

Date(日付) _____ Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record (if applicable)

診療録の番号 _____

様式A 邦訳

2. 傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6. 症状の概要

7. 処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名

電話

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
II	Neoplasms 新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎
0702	Cataract 白内障
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患
0801	Otitis externa 外耳炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患
0803	Otitis media 中耳炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血
0906	Occlusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)
0910	Haemorrhoids 痔核
0911	Hypotension 低血圧症
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患

X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ](感冒)
1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
1004	Pneumonia 肺炎
1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
1010	Asthma 喘息
1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
1101	Dental caries う蝕
1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
1111	Diseases of pancreas 膵疾患
1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び坐骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

Request to Attending Physician

担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Itemized Receipt 領収明細書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料 \$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$	
(5) Hospitalization	入 院	費 \$	
(6) Consultation	診 察	費 \$	
(7) Operation	手 術	費 \$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	
		\$	* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
		\$	*諸検査の内容を記入してください。
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬	費	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine.
		\$	**処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$	
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is 通貨単位

Important : Exclude the amount irrelevant to the treatment. i. e, payment for a luxurious room charge.
注意： 特別室料等、治療に直接関係ないものは除いてください。

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name	Last(姓)	First(名)	Title(称号)
Address	Home(自宅)		Phone(電話)
	Office(病院または診療所)		Phone

Date(日付) _____ Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名


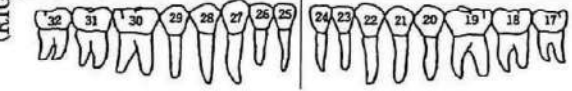
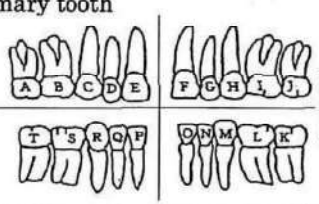
電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

1. Please fill in this form so that the patient may claim the health insurance benefit.
この様式は患者の健康保険の給付の申請に必要ですので、証明をお願いします。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が記入し、かつ署名してください。
3. One form for each month and one form for hospitalization/ outpatient (home visit) should be filled out. 各月毎、また入院・入院外毎につき、この様式1枚が必要です。

Form C
様式C

Attending Dentist's Statement
歯科診療内容明細書

1. Name of Patient (Last, First) 患者名 _____	Age (Date of birth) 年齢(生年月日) _____	Sex (Male · Female) 性別 _____
2. Date of first Diagnosis 初診日 _____	3. Days of Diagnosis and Treatment 診療日数 _____ days	
Permanent tooth (Upper)  (LEFT) (RIGHT) (Lower)  (LEFT) (RIGHT)		Primary tooth  (LEFT) (RIGHT)

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date			Fee 治療費
		MO.	DA.	YR.	
Initial Office Visit 初診料					
X-Ray Examination レントゲン検査					
Dental Pulp Extirpation 抜髄					
Operation 手術					
Extraction 抜歯					
Filling 充填					
Inlay インレー					
Metal Crown 金属冠					
Post Crown 継続歯					
Jacket Crown ジャケット冠					
Bridge Work ブリッジ					
Plate Denture 有床義歯					
Partial Denture 局部義歯					
Complete Denture 総義歯					
Treatment of Pyorrhea Alveolaris 歯槽膿漏処置					
Medicine 投薬					
The Others その他					
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name Last(姓) _____ First(名) _____ Title(称号) _____

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

Date(日付) _____

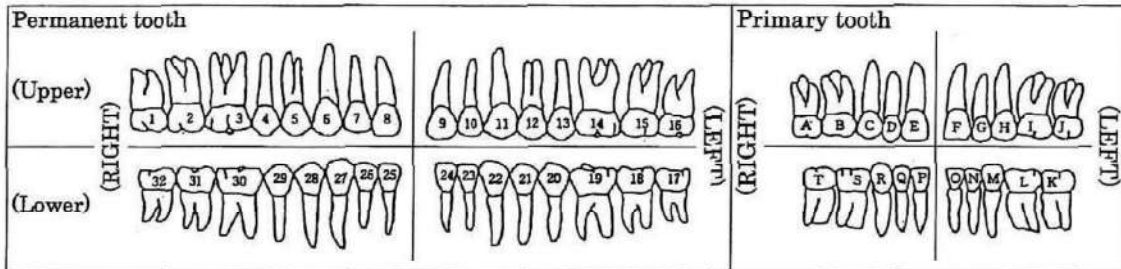
Signature(署名) _____

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

歯科治療	患歯部位	日付			治療費
		月	日	年	
初診料					
レントゲン検査					
抜髄					
手術					
抜歯					
充填					
インレー					
金属冠					
継続歯					
ジャケット冠					
ブリッジ					
有床義歯 局部義歯 総義歯					
歯槽膿漏処置					
投薬					
その他					
合計					

翻訳者

住所

氏名

電話

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 ____年__月__日
- ・ Starting date of medication Year____ Month__ Day

- ・ 患者
(患者名)
(住所)
(生年月日) ____年__月__日

- ・ Patient
(Name of patient)
(Address)
(Date of birth) Year____ Month__ Day

公立学校共済組合福岡支部 御中

私（療養を受けた者）、_____は、公立学校共済組合福岡支部の職員又は公立学校共済組合福岡支部が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。

また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを公立学校共済組合福岡支部に提示することも併せて同意します。

To: Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Fukuoka Branch

I (patient who has received treatment) authorize Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Fukuoka Branch or its staff, and its subcontractors to refer and obtain any and all factual information related to an overseas medical treatment benefit claim(s) filed or to be filed including date of the treatment, place, and any treatment records and information from the medical organization in order to verify by submitting the related application forms.

Also, I agree to submit a photocopy of my passport if it is necessary along verification process written above.

(裏)

署名・押印欄

Signature

署名（又は記名押印）は、治療を受けた本人が行って下さい。なお、次の場合は、親権者（本人が未成年の場合）、成年後見人（本人が成年被後見人の場合）、法定相続人（本人が死亡している場合）が署名（又は記名押印）して下さい。

Insured person who has received treatment shall sign one's signature. However, in the following case, guardian (insured person is under age), guardian of adult (insured person is adult ward), heir (insured person is dead) shall sign one's signature.

(氏名)

※署名又は記名押印

(住所)

(日付) ____年__月__日

(患者との関係) : 本人・親権者・法定相続人・その他 [] ※ 本同意書の

(Signature) _____

(Address) _____

(Date) Year ____ Month ____ Day ____

(Relation to the insured) : Self ・ Guardian ・ Heir ・ Other

なお、国や地域、医療機関から所定の同意書や委任状などを求められた場合、所定の書類に必要事項を記載頂くことがあります。

Also, we might ask you to fill out the formatted documents if countries or regions, and medical institutions required submitting their format of agreement of authorization or authorization letter.

ご記入上の注意事項

1. 申請者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、※2は記入不要です。

※1について次のとおり記入してください。

- ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。
- ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
- ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

2. 被扶養者に係る記入欄について

- (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
- (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。

この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。

- ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。
- ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
- ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。

3. 備考欄について

備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。）

4. その他

申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。

* 自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する保険者への申請）

申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。

ただし、次のことに注意してください。

- ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありませぬ。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
- ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありませぬ。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。

特 定 疾 病 療 養 認 定 申 請 書

組 合 員	組合員証記号番号	公 立 福 岡							
	氏 名								
	所 属 所 名								
受 診 者	氏 名								
	生 年 月 日	年	月	日	続柄				
医 師 の 証 明	疾病名(該当番号に○をつける)				左記疾病の初診日				
	(1)	人工腎臓(人工透析治療)を実施している慢性腎不全			年	月	日		
	(2)	血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病)			年	月	日		
	(3)	抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。)			年	月	日		
	医師の意見 現在、予後等について 参考となることがあ れば、記入してくだ さい。 ((3)については省略 できます。)								
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日		医療機関名		所在地 名称 医師名 (記名押印又は署名)				
上記のとおり申請します。 公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 住所 〒 - 氏名 _____									

※慢性腎不全にかかる厚生医療券の写し等を添えて申請する場合は、医師の証明を省略できます。

※記入の際は、裏面の説明等をお読みください。

公費負担医療制度適用・非適用届出書

(届出日) 令和 年 月 日

(送付先)

〒812-8575

福岡市博多区東公園7-7

公立学校共済組合福岡支部長 殿

(届出者) 所属所名 _____

組合員氏名 _____

組合員証番号 _____

次のとおり、私(又は被扶養者)が公費負担医療制度の適用(非適用)となりましたので、医療証等の写しを添えて届け出ます。

1 適用届				
適用者氏名				
続柄				
生年月日	年	月	日	
居住市町村名				
適用を受ける公費負担医療制度の名称	右欄該当の番号2桁を記入 ↓			
添付書類	医療証 受診券 受給者証 の写し			

適用を受ける主な公費負担医療制度(例示)

【 】内の番号は、概ね医療証等に記載の「(公費)負担者番号」上2桁を指す

【10】結核適正医療 【11】結核入院

【12】生活保護 【15】自立支援医療(更生医療)

【16】自立支援医療(育成医療) 【17】療育の給付

【18】原爆(認定疾病医療) 【19】原爆(一般疾病医療) 【20】措置入院

【21】自立支援医療(精神通院医療) 【22】入院措置 【23】養育医療

【28】1類感染症等入院医療 【29】新感染症入院医療

【38】肝炎治療特別促進医療(インターフェロン治療など)

【51】特定疾患治療研究事業 【52】小児慢性特定疾患治療研究事業

【54】難病医療費助成制度

【53】助産所入院措置 【79】障害児施設医療

【80】重度障害者医療 【90】ひとり親家庭等医療

【その他】上記以外の公費負担医療制度

2 非適用届				
非適用者氏名	生年月日	続柄	居住市町村名	非適用となった公費負担医療制度の名称
	年 月 日			上欄の該当 ← 番号2桁を記入
非適用となった期日・理由			添付書類	
("所得制限額を超えたため〇年〇月より非適用"等記入)			通知文書の写し	

(裏)

公費負担医療制度の適用を受ける組合員のみなさまへ

お知らせとお願い

1 「公費負担医療制度適用・非適用の届出書」の利用目的等

公立学校共済組合においては、組合員又は被扶養者が国、県及び各市町村で実施している公費負担医療制度の新規適用となったとき、助成内容が変更になったとき又は所得制限等で非適用となったときは、その都度速やかな届出をお願いして、短期給付金の適正な給付に努めています。

なお、届出いただいた情報は短期給付事務のためだけに使用します。

＜公費医療助成と共済短期給付金との関係＞

組合員又は被扶養者が医療機関で治療を受けた場合、当共済組合では自己負担額に応じて一部負担金払戻金等を組合員に給付しています。

このとき、公費負担医療制度の適用を受けると、自己負担額が軽減又は免除され国、地方公共団体が負担することとなり、その公費負担の限度において当共済組合は一部負担金払戻金等の給付を行いません。

よって、公費負担医療制度適用・非適用の届出がなかったり遅延した場合、誤った給付が行われ、後日返還していただいたり、本来給付されるべき一部負担金払戻金等の給付が遅延したりすることとなります。

2 公費負担医療制度の適用・非適用の届出方法について

(1) 届出をお願いする公費負担医療制度の種別範囲

組合員又は被扶養者が、裏面届出書の「適用を受ける主な公費負担医療制度(例示)」欄中に記載する公費負担医療制度の適用を受けている場合は、届出をお願いします。(法令番号10～90)

なお、各市町村が実施する「乳幼児医療費助成制度」又は「子ども医療費助成制度」の適用・非適用については、届出の必要はありません。(法令番号81)

(2) 届出の時期

- ・新規 組合員又は被扶養者が公費負担医療制度の適用を新たに受け医療証の交付を受けたとき
- ・内容変更 組合員又は被扶養者が公費負担医療制度適用の内容変更の医療証の交付をうけたとき
- ・非適用 組合員又は被扶養者が公費負担医療制度適用を受けていたが所得制限等により非適用となり、非適用通知文書の交付を受けたとき

(3) 届出をしていただく方

組合員本人

(4) 届出書類及び提出方法

ア 適用(新規・内容変更)となった場合

- ・「公費負担医療制度適用・非適用届出書」(裏面)
- ・添付書類 医療証のコピー(又は受給者証や受診券などのコピー)を添付願います
- ・提出方法 公立学校共済組合福岡支部に直接ご提出ください(所属所長を経由する必要はありません)

イ 非適用となった場合

- ・「公費負担医療制度適用・非適用届出書」(裏面)
- ・添付書類 非適用通知文書のコピーを添付願います
- ・提出方法 公立学校共済組合福岡支部に直接ご提出ください(所属所長を経由する必要はありません)

3 届出書の送付先・お問い合わせ先

〒812-8575 福岡市博多区東公園7-7

公立学校共済組合福岡支部給付係 (電) 092-643-3871

出 産 費 ・ 出 産 費 附 加 金

請 求 書

家 族 出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 附 加 金

組 合 員 証 記 号 番 号	公立福岡	所 属 所 名	
組 合 員 氏 名		出 産 した 者 の 氏 名	
出 産 年 月 日	年 月 日	出 産 の 場 所 (医療機関名)	
出 産 児 数	単 胎 ・ 多 胎 (人)	左 記 の うち 流 死 産 数 及 び 在 胎 週 数 ※流死産の場合記入	流 死 産 児 数 在 胎 週 人 日
生 ま れ た 子 の 氏 名	続 柄 ()		
	続 柄 ()		
	続 柄 ()		
直 接 支 払 制 度 利 用 の 有 無	有 ・ 無 (無の場合、出産証明書が必要です)		
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL ()-()-()</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: right;">請求者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> <p style="text-align: right;">(記名押印又は署名)</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 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL ()-()-()</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>			

【添付書類】

- ①直接支払制度の合意文書の写し
 - ②出産育児一時金明細書の写し(出産年月日・出産児数・産科医療補償制度の掛金額・代理受取額の記載があるもの。)
 - ③《直接支払制度を利用しない場合》出産証明書(別添様式)
- (任意の様式でも可。ただし、別添様式の事項を全て記載してあるもの)

出産証明書

医師又は助産師 の証明	出産者氏名		出産年月日	年 月 日
	出産児数	人(うち流死産数 人)	在胎週数	週 日
	上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 住所 _____ 証明者 医療機関名等 _____ 氏名 (医師・助産師) (記名押印又は署名) _____			

※直接支払制度を利用しない場合のみ添付してください。

任意の様式でも可。ただし、上記の事項を全て記載してあるものに限る。

埋 葬 料・埋葬料附加金

請求書

家族埋葬料・家族埋葬料附加金

組 合 員 証 記 号 番 号	公立福岡	所 属 所 名	
組 合 員 氏 名		死 亡 した 者 の 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日	退 職 年 月 日 (退職後死亡の場合のみ記入)	年 月 日
死 亡 の 原 因		埋 葬 お よ び 葬 儀 に 要 した 費 用	円

※組合員死亡の場合のみ記入してください

振 込 先	被扶養者・実埋葬者		※組合員死亡時に被扶養者であった者がいる場合は、被扶養者であった者が受給権者となります。			
振 込 金 融 機 関	銀行コード	支店コード	種 別	口 座 番 号		
			普通・当座			
	銀行名	支店名	口座名義	(フリガナ)		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合福岡支部長 殿
令和 年 月 日

TEL ()-()-()

〒

請求者 住所
氏名

(記名押印又は署名)

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

TEL ()-()-()

所属所長 職名
氏名

注 1 「埋火葬許可証」の写し、又は同証の発行証明書を添付してください。

2 組合員及び被扶養者であった者以外の請求の場合、埋葬および葬儀に要した費用の内訳が確認できる書類を併せて添付してください。

※共済組合記入欄	支給決定額	埋葬料・家族埋葬料	
		埋葬料附加金 家族埋葬料附加金	

支払未済の給付金請求書

公立学校共済組合福岡支部長 殿

死亡した組合員に係る公立学校共済組合福岡支部からの支払未済の給付金について請求します。

なお、給付金については死亡の当時生計同一であった下記の請求者名義の口座に振り込み願います。

組合員	組合員番号	
	組合員氏名	
	所属所名	
	死亡年月日	年 月 日	
請求者	死亡した組合員との続柄 ※続柄に応じて添付書類が必要です (裏面参照)	
	氏名 (記名押印 又は署名)	
	住所	
送金先	銀行	支店	
	できましたら福岡銀行で お願いします		
	(銀行コード:)	(支店コード:)	
	預金口座	普通	口座番号
	ふりがな		
	口座名義人		

※備考

・裏面の添付書類に加え、上記「送金先」となっている預金口座の通帳の写しを添付してください。

・公立学校共済組合福岡支部からの支払未済の給付金としては、掛金・保険料還付金、短期給付金、貸付償還金及び団信保険料等があります。

「請求者」となるもの
組合員と生計を共にしていた次の表の者で、以下の順位で請求者となります。

死亡した組合員との続柄	順位
配偶者	第1順位
子	第2順位
父母	第3順位
孫	第4順位
祖父母	第5順位
兄弟姉妹	第6順位
三親等内の親族(甥姪、曾祖父母、叔伯父母等)	第7順位

「添付書類」については、上の表の「組合員との関係」によって書類が異なります。
※死亡された方の住民票は「住民票(除票)」を提出してください。
※申立書(様式任意)は生計同一の状況について具体的に記入してください。

死亡した組合員との続柄	生計同一の状況	添付書類
配偶者又は子	住民票上同一世帯に属しているとき	死亡された方の住民票(除票)の写し (死亡された方と請求者の続柄が記載されているもの)
	住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一であるとき	a 組合員と請求者の身分関係が分かる戸籍謄本 または抄本の写し b 死亡された方の住民票(除票)の写し c 請求者の方の住民票(世帯全員)の写し d 別世帯となっていることについての申立書(様式任意)
	住所が住民票上異なっているが、現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一にしていると認められるとき	a 組合員と請求者の身分関係が分かる戸籍謄本 または抄本の写し
	単身赴任、就学又は病気療養等の止むを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、次のような事実が認められ、その事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一にすると認められるとき (ア) 生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること (イ) 定期的に音信、訪問が行われていること	b 死亡された方の住民票(除票)の写し c 請求者の方の住民票(世帯全員)の写し d 生計同一の状況についての申立書(様式任意) e 第三者の証明書又は下の表に掲げる書類
父母、孫、祖父母、兄弟姉妹 又は三親等内の親族(甥姪、 曾祖父母、叔伯父母等)	住民票上同一世帯に属しているとき	死亡された方の住民票(除票)の写し (死亡された方と請求者の続柄が記載されているもの)
	住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一であるとき	a 組合員と請求者の身分関係が分かる戸籍謄本 または抄本の写し b 死亡された方の住民票(除票)の写し c 請求者の方の住民票(世帯全員)の写し d 別世帯となっていることについての申立書(様式任意)
	住所が住民票上異なっているが、現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一にしていると認められるとき	a 組合員と請求者の身分関係が分かる戸籍謄本 または抄本の写し
	住所が住民票上異なっているが、生活費、療養費等について生計の基盤となる経済的な援助が行われると認められるとき	b 死亡された方の住民票(除票)の写し c 請求者の方の住民票(世帯全員)の写し d 生計同一の状況についての申立書(様式任意) e 第三者の証明書又は下の表に掲げる書類

事項	提出書類
① 給与計算上、扶養手当等の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写し
② 税法上の扶養親族になっている場合	源泉徴収票又は課税台帳等の写し
③ 定期的に送金がある場合	預金通帳、振込明細書又は現金書留封筒等の写し
④ その他①～③に準ずる場合	その事実を証する書類

傷病手当金請求に係る注意事項

1. 添付書類について

(1) 初回請求時

- ① 報酬支給額証明書
- ② 休職発令通知書の写し (8割休職を含む、すべての通知書)
- ③ 履歴書の写し
- ④ 出勤簿の写し (勤務できなくなった最初の日以降の状況が確認できるもの)
- ⑤ 同意書

(2) 年金受給決定時(年金額改定時) 年金証書の写し、年金額(改定)通知書の写し

2. 請求書の作成について

請求書はひと月につき1枚作成してください。記入方法は記入例を参照してください。

※医療機関の証明欄は、必ず医療機関で証明を受けてください。

○手当金の支給期間について

- ・傷病手当金 同一の傷病(注1)について、待機期間3日を経過した日から通算して1年6か月間(結核性の病気については3年)
- ・傷病手当金附加金 傷病手当金の支給が満了した日の翌日以降も引き続き勤務ができない場合、傷病手当金支給満了日の翌日から6か月(※退職後は支給されません)

(注1)「同一の傷病」とは、一回の病気または負傷であって治癒するまでをいい、傷病名が異なっても相互に因果関係のある傷病であれば同一の傷病となります。

(注2)病気の途中で出勤(復職)し、再び同一の傷病で休職した場合は、その出勤(復職)した期間は傷病手当金の支給期間に算入せず、前後の期間を通算して支給開始日から1年6か月(又は3年)に達するまで支給します。

※この場合、報酬(給与)の一部が支給される期間(例:8割休職)も傷病手当金の支給期間に算入されます。

○手当金請求(支給)額の算出方法について

以下の手順で算出してください。

- ① 標準報酬月額(注1) ÷ 22 = 標準報酬日額(10円未満四捨五入)
- ② 標準報酬日額 × 2/3 = 給付日額(円未満四捨五入)
- ③ 給付日額 × 支給対象日数(注2) = 傷病手当金支給額

(注1)初回請求(支給)月を含む、直近の継続した12か月の各月の標準報酬月額の平均額(円未満切捨て)となります。

【例】R4.12月初回請求の場合：R4.1～R4.12の標準報酬月額の平均

(※初回請求以前の組合員期間が12か月に満たない場合・・・105頁参照)

(注2)週休日(土曜日及び日曜日)を除いた日数

(注3)同一の傷病についての障害を事由とする年金や、退職(老齢)を事由とする年金を受給できるときは、傷病手当金(附加金)の額が減額調整されます。年金が遡って支給された場合等、年金との調整がされないまま傷病手当金(附加金)を受給した場合は、既に支給された傷病手当金を返還していただく必要があります。

傷病手当金(附加金)請求書

組合員 情報	組合員証番号	公立福岡 1234567	所属所名	●●市立●●小学校	
	組合員氏名	共済 太郎		(退職年月日)	(年 月 日)
	休職期間	令和2年 ●●月 ××日 から 令和4年 ○○月 △△日 まで		勤務できなくなった最初の日	令和元 年 ○ 月 ▲ 日
	年金の受給状況 <small>(該当する番号に○をつけてください)</small>	1. 受給中 2. 申請中 3. 受給なし ※1. 受給中の場合、年金証書・年金額(改定)通知書写しを添付してください。			

今回の請求期間	令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日
---------	-------------------------------------

医療機関 の証明	傷病名	うつ病	発病年月日	令和元 年 ○ 月 × 日
	労務不能と認めた期間 <small>(証明日以前の期間について)</small>	令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日		
	療養のため勤務できないことに関する意見	不安感や抑うつ感、意欲低下などがあり自宅療養が必要。 また、通院をしながらの治療も行い現在は、労務不能である。		
	上記により、労務不能であったことを証明します。	令和 4 年 11 月 2 日		

支給要件である、勤務できない(労務不能である)旨を明記してください

請求期間を含んだ期間で証明してください

請求期間最終日以後に証明を

住所 福岡市○○区△町123-4
 医療機関名 ○×△□病院
 医師の氏名 院長(担当医) 博多 一朗
(記名押印又は署名)

公立学校共済組合福岡支部長 殿
上記の通り請求します。

令和 4 年 11 月 2 日

TEL(090)-(1234)-(5678)

住所 福岡市○○区△△ 1-1

請求者 氏名 共済 太郎
(記名押印又は署名)

所属所 の証明	今回の請求期間中の報酬支給額 <small>(実支給額)</small>	0 割	0 円	(令和 4 年 10 月 15 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日)
	8 割	172,545 円	(令和 4 年 10 月 1 日 ~ 令和 4 年 10 月 14 日)	
	割	円	(年 月 日 ~ 年 月 日)	
	上記の記載事項及び報酬支給額について、事実と相違ないものと認めます。	令和 4 年 11 月 2 日		

請求期間最終日以後に証明を

所属所長 職名 ●●市立●●小学校長
 氏名 ○○ ○○

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

調整年金額		標準報酬月額		※共済組合受付印
障害共済(厚生)	級	円	円	
障害基礎		円	円	
老齢厚生(退職共済)		円	円	
老齢基礎		円	円	
合計		円	円	

	支給日数	支給決定金額	
傷病手当金	日	円	
附加金	日	円	

同意書

公立学校共済組合福岡支部長 殿

傷病手当金の審査にあたり、保険者が必要があると認めるときは、担当医師に傷病手当金の請求に係る傷病の内容等について文書等により照会をすることに同意します。

令和 年 月 日

所属所名

組合員番号

組合員氏名

(記名押印又は署名)

報酬支給額証明書

の部分に入力してください

令和 年 月の報酬について、下記のとおり証明します。

令和 年 月 日

証明者 所属
氏名
(給与事務担当者) (記名押印
又は署名)

(連絡先TEL)

標準報酬月額	円
年金額合計(年額)	円

組合員証番号									
組合員氏名									
待期待期間		令和 年 月 日から	日						
期 間	令和 年 月 日から	日	令和 年 月 日から	日	令和 年 月 日から	日	請求月の要勤務日数	計	日
上記期間の支給対象日数	A1	日	A2	日	A3	日			
給与支給割合	割		割		割				
報酬①		支給実績		支給実績		支給実績		備考欄	
種別	本来の支給額							通勤方法…	
給料月額									
地域手当									
給料の調整額									
合計	B1	円	B2	円	B3	円			
報酬②		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合			
諸手当種別	本来の支給額								
減額対象手当	教職調整額	x	=	x	=	x	=		
	扶養手当	x	=	x	=	x	=		
	住居手当	x	=	x	=	x	=		
		x	=	x	=	x	=		
	その他	x	=	x	=	x	=		
合計	C1	円	C2	円	C3	円			

※この調書には手を加えないでください。

支給額算定調書

報酬日額	報酬①	D1 (B1+A1)	円	D2 (B2+A2)	円	D3 (B3+A3)	円
	報酬②	E1 (C1+22)	円	E2 (C2+22)	円	E3 (C3+22)	円
	合計	F1 (D1+E1)	円	F2 (D2+E2)	円	F3 (D3+E3)	円

(注) F1~F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額を記入してください。

年金日額	年金額 ÷ 264	0	円
------	-----------	---	---

(1) 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 ()円 × 1/22 = ()円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 ()円 × 支給割合 2/3 = ()円 (1円未満四捨五入) ……………①

(2) 報酬日額

(F1 円)
(F2 円)
(F3 円)

(3) 報酬日額と年金日額との比較

控除する日額 (円) ……②
控除する日額 (円) ……②'
控除する日額 (円) ……②''

(4) 支給対象日数

① > ② となる日 (日) ……③
① > ②' となる日 (日) ……③'
① > ②'' となる日 (日) ……③''

(5) 支給額の決定

給付日額① (円) - 控除する日額② (円) × 支給対象日数③ (日) = 支給額 (円) ……④

(円) - (円) × (日) = (円) ……④'

(円) - (円) × (日) = (円) ……④''

当月支給決定額
(④+④'+④'')

【記入例】

報酬支給額証明書

【記入例①】
 ※月の途中から無給休職に入るケース
 標準報酬月額：410,000円
 障害年金（年額）：なし
 令和5年11月分（要勤務日数22日）
 11/1～11/15：病気休職（8割）
 11/16～11/30：病気休職（無給）

の部分に入力してください

令和 5 年 11 月の報酬について、下記のとおり証明します。

令和 5 年 12 月 2 日

証明者

所属

氏名
(記名押印
 又は署名)

●●市立●●小学校

福岡 花子

(連絡先TEL

012-3456-7890

組合員証番号	1234567		
組合員氏名	共済 太郎		
待期待期間	令和 年 月 日から	日	
期 間	令和 5 年 11 月 1 日から 15 日まで	令和 4 年 11 月 16 日から 30 日まで	令和 年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 11 日	A2 11 日	A3 日
給与支給割合	8 割	0 割	割
標準報酬月額	410,000 円		
年金額合計(年額)	0 円		
請求月の要勤務日数	計 22 日		
報酬①	支給実績	支給実績	支給実績
種別	本来的支給額		備考欄
給料月額	350,900	140,360 円	0 円
地域手当	18,246	7,298 円	0 円
給料の調整額			
合計	B1 147,658 円	B2 0 円	B3 円
報酬②	本来的支給額 × 左の手当に対する 期間内の支給割合	本来的支給額 × 左の手当に対する 期間内の支給割合	本来的支給額 × 左の手当に対する 期間内の支給割合
諸手当種別	本来的支給額		
減額対象手当	教職調整額 14,036	14,036 × 0.8 = 11,228 円	14,036 × 0 = 0 円
	扶養手当 0	0 × 0.8 = 0 円	0 × 0 = 0 円
	住居手当 0	0 × 0.8 = 0 円	0 × 0 = 0 円
		× =	× =
		× =	× =
その他		× =	× =
合計	C1 11,228 円	C2 0 円	C3 円

※この調書には手を加えないでください。

支給額算定調書

報酬日額	報酬①	D1 (B1÷A1)	13423.45 円	D2 (B2÷A2)	0 円	D3 (B3÷A3)	円
	報酬②	E1 (C1÷22)	510.36 円	E2 (C2÷22)	0 円	E3 (C3÷22)	円
	合計	F1 (D1+E1)	13933 円	F2 (D2+E2)	0 円	F3 (D3+E3)	円

(注) F1～F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額を記入してください。

年金日額	年金年額÷264	0 円
------	----------	-----

(1) 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 (410,000) 円 × 1/22 = (18,640) 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 (18,640) 円 × 支給割合 2/3 = (12,427) 円 (1円未満四捨五入)①

(2) 報酬日額

(F1 13,933 円)
 (F2 0 円)
 (F3 円)

(3) 報酬日額と年金日額との比較

控除する日額 (13,933 円) ... ②
 控除する日額 (0 円) ... ②'
 控除する日額 (円) ... ②''

(4) 支給対象日数

① > ② となる日 (0 日) ... ③
 ① > ②' となる日 (11 日) ... ③'
 ① > ②'' となる日 (日) ... ③''

(5) 支給額の決定

給付日額① (12,427 円) - 控除する日額② (13,933 円) × 支給対象日数③ (0 日) = 0 円 ... ④
 (12,427 円) - 0 円) × 11 日 = 136,697 円 ... ④'
 (円) - 円) × 日 = 円 ... ④''

当月支給決定額
 (④+④'+④'')

136,697

【記入例】

報酬支給額証明書

【記入例②】

※8割休職期間中に傷病手当金が支給されるケース
 標準報酬月額：560,000円
 障害年金（年額）：1,500,000円
 令和5年11月分（要勤務日数22日）
 11/1～11/3：病気休暇（10割）
 11/4～11/30：病気休職（8割）

の部分に入力してください

令和 5 年 11 月の報酬について、下記のとおり証明します。

令和 5 年 12 月 2 日

証明者 氏名
 (給与事務担当者) (記名押印又は署名)

所 属 ●●市立●●小学校
 福岡 花子 福
 (連絡先 TEL 012-3456-7890)

組合員証番号	1234567		
組合員氏名	共済 太郎		
待期期間	令和 年 月 日から	日	日
期 間	令和 5 年 11 月 1 日から	令和 4 年 11 月 4 日から	令和 年 月 日から
	3 日まで	30 日まで	日まで
上記期間の支給対象日数	A1 3 日	A2 19 日	A3 日
給与支給割合	10 割	8 割	割
標準報酬月額	560,000 円		
年金額合計(年額)	1,500,000 円		
請求月の要勤務日数	計 22 日		
報酬①	支給実績	支給実績	支給実績
種別	本来の支給額		
給料月額	401,600	54,763 円	277,469 円
地域手当	12,529	1,708 円	8,656 円
給料の調整額	0	0 円	0 円
合計	B1 56,471 円	B2 286,125 円	B3 円
報酬②	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
諸手当種別	本来の支給額		
教職調整額	16,064	16,064 × 1.0 = 16,064 円	16,064 × 0.8 = 12,851 円
扶養手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 0.8 = 0 円
住居手当	27,000	27,000 × 1.0 = 27,000 円	27,000 × 0.8 = 21,600 円
その他		x =	x =
合計	C1 43,064 円	C2 34,451 円	C3 円

※この調書には手を加えないでください。

支給額算定調書

報酬日額	報酬①	D1 (B1÷A1)	18823.66 円	D2 (B2÷A2)	15059.21 円	D3 (B3÷A3)	円
	報酬②	E1 (C1÷22)	1957.45 円	E2 (C2÷22)	1565.95 円	E3 (C3÷22)	円
	合計	F1 (D1+E1)	20781 円	F2 (D2+E2)	16625 円	F3 (D3+E3)	円

(注) F1～F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額を記入してください。

年金日額	年金年額÷264	5,681 円
------	----------	---------

(1) 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 (560,000) 円 × 1/22 = (25,450) 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 (25,450) 円 × 支給割合 2/3 = (16,967) 円 (1円未満四捨五入)①

(2) 報酬日額

(F1 20,781 円)
 (F2 16,625 円)
 (F3 円)

(3) 報酬日額と年金日額との比較

控除する日額 (20,781 円) ... ②
 控除する日額 (16,625 円) ... ②'
 控除する日額 (円) ... ②''

(4) 支給対象日数

① > ② となる日 (0 日) ... ③
 ① > ②' となる日 (19 日) ... ③'
 ① > ②'' となる日 (日) ... ③''

(5) 支給額の決定

給付日額① (16,967 円) - 控除する日額② (20,781 円) × 支給対象日数③ (0 日) = 支給額 (0 円) ... ④
 (16,967 円) - 16,625 円) × 19 日 = 6,498 円 ... ④'
 (円) - 円) × 日 = 円 ... ④''
 当月支給決定額 (④+④'+④'') = 6,498 円

【記入例】

報酬支給額証明書

【記入例③】
 ※退職後の請求の場合
 ※退職前の直近の報酬について証明してください
 標準報酬月額：470,000円
 障害年金（年額）：1,780,100円
 ~3/31：病気休職（8割） 3/31付退職

の部分に入力してください

令和 5 年 3 月の報酬について、下記のとおり証明します。

令和 5 年 5 月 2 日

証明者 所属
 氏名
(給与事務担当者) (記名押印又は署名)
 (連絡先TEL

●●市立●●小学校
福岡 花子
 012-3456-7890

標準報酬月額
470,000 円
年金額合計(年額)
1,780,100 円

組合員証番号	1234567		
組合員氏名	共済 太郎		
待期間	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで
期 間	令和 5 年 3 月 1 日から 31 日まで	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 23 日	A2 日	A3 日
給与支給割合	8 割	割	割
請求月の要勤務日数	計 23 日		
報酬①	支給実績	支給実績	支給実績
種類	本来の支給額		
給料月額	410,200 円	328,160 円	
地域手当	21,330 円	17,064 円	
給料の調整額	0 円	0 円	
合計	B1 345,224 円	B2 円	B3 円
報酬②	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
諸手当種別	本来の支給額		
減額対象手当	教職調整額 16,408	16,408 × 0.8 = 13,126 円	× =
	扶養手当 0	0 × 0.8 = 0 円	× =
	住居手当 27,000	27,000 × 0.8 = 21,600 円	× =
		× =	× =
		× =	× =
合計	C1 34,726 円	C2 円	C3 円

※この調査には手を加えないでください。

支給額算定調査書

報酬日額	報酬①	D1 (B1÷A1)	15009.73 円	D2 (B2÷A2)	円	D3 (B3÷A3)	円
	報酬②	E1 (C1÷22)	1578.45 円	E2 (C2÷22)	円	E3 (C3÷22)	円
	合計	F1 (D1+E1)	16588 円	F2 (D2+E2)	円	F3 (D3+E3)	円

(注) F1~F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額を記入してください。

年金日額	年金額÷264	6,742 円
------	---------	---------

(1) 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 (470,000) 円 × 1/22 = (21,360) 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 (21,360) 円 × 支給割合 2/3 = (14,240) 円 (1円未満四捨五入)①

(2) 報酬日額

(F1 16,588 円)
 (F2 円)
 (F3 円)

(3) 報酬日額と年金日額との比較

控除する日額 (16,588 円) ... ②
 控除する日額 (円) ... ②'
 控除する日額 (円) ... ②''

(4) 支給対象日数

① > ② となる日 (0 日) ... ③
 ① > ②' となる日 (日) ... ③'
 ① > ②'' となる日 (日) ... ③''

(5) 支給額の決定

給付日額① (14,240 円) - 控除する日額② (16,588 円) × 支給対象日数③ (0 日) = 支給額 0 円 ... ④
 (円) - (円) × (日) = 円 ... ④'
 (円) - (円) × (日) = 円 ... ④''
 当月支給決定額 (④+④'+④'') = 0

【記入例】

報酬支給額証明書

【記入例④】
 ※初回請求月に待期間が含まれるケース
 標準報酬月額：170,000円
 令和5年11月分（要勤務日数22日）
 11/1～11/6：年休（傷病による）
 11/7～11/17：欠勤（傷病による）
 11/18～11/30：出勤

の部分に入力してください

令和 5 年 11 月の報酬について、下記のとおり証明します。

令和 5 年 12 月 2 日

証明者 所属
 氏名
(給与事務担当者) (記名押印又は署名)

●●市立●●小学校

福岡 花子

(連絡先TEL

012-3456-7890

標準報酬月額	
170,000	円
年金額合計(年額)	
0	円

組合員証番号	1234567		
組合員氏名	共済 太郎		
待期間	令和 5 年 11 月 1 日から 3 日まで	3 日	
期 間	令和 5 年 11 月 4 日から 6 日まで	令和 5 年 11 月 7 日から 17 日まで	令和 5 年 11 月 18 日から 30 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 1 日	A2 9 日	A3 9 日
給与支給割合	10 割	0 割	10 割
計	22 日		
報酬①	支給実績	支給実績	支給実績
種別	本来の支給額		
給料月額	122,000	5,545 円	0 円
地域手当	0	0 円	0 円
給料の調整額	0	0 円	0 円
合計	B1 5,545 円	B2 0 円	B3 49,909 円
報酬②	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
諸手当種別	本来の支給額		
減額対象手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 0 = 0 円
教職調整額	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 1.0 = 0 円
扶養手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 0 = 0 円
住居手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 1.0 = 0 円
通勤手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 1.0 = 0 円
その他	x	x =	x =
合計	C1 0 円	C2 0 円	C3 0 円

※この調査には手を加えないでください。

支給額算定調査書

報酬日額	報酬①	D1 (B1÷A1)	5545 円	D2 (B2÷A2)	0 円	D3 (B3÷A3)	5545.44 円
	報酬②	E1 (C1÷22)	0 円	E2 (C2÷22)	0 円	E3 (C3÷22)	0 円
	合計	F1 (D1+E1)	5545 円	F2 (D2+E2)	0 円	F3 (D3+E3)	5545 円

(注) F1～F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額を記入してください。

年金日額	年金額÷264	0 円
------	---------	-----

(1) 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 (170,000) 円 × 1/22 = (7,730) 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 (7,730) 円 × 支給割合 2/3 = (5,153) 円 (1円未満四捨五入)①

(2) 報酬日額

(F1 5,545 円)
 (F2 0 円)
 (F3 5,545 円)

(3) 報酬日額と年金日額との比較

控除する日額 (5,545 円) ... ②
 控除する日額 (0 円) ... ②'
 控除する日額 (5,545 円) ... ②''

(4) 支給対象日数

① > ② となる日 (0 日) ... ③
 ① > ②' となる日 (9 日) ... ③'
 ① > ②'' となる日 (0 日) ... ③''

(5) 支給額の決定

給付日額① (5,153 円 - 5,545 円) × 支給対象日数③ 0 日 = 0 円 ... ④
 (5,153 円 - 0 円) × 9 日 = 46,377 円 ... ④'
 (5,153 円 - 5,545 円) × 0 日 = 0 円 ... ④''

当月支給決定額
 (④+④'+④'')

46,377

育 児 休 業 掛 金 免 除 申 出 書
兼 育 児 休 業 手 当 金 請 求 書

組 員 証 番 号		氏 名				
育児休業の期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
掛金免除申出日	令和 年 月 日					
子の生年月日	令和 年 月 日					
<p>地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定により、育児休業期間中の掛金の免除を申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申出者氏名 (記名押印又は署名)</p>						
標準報酬月額	等級		円			
手当金請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日					
手当金請求金額	月分	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円	円
	月分	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円	円
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定により、上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名 (記名押印又は署名)</p>						
<p>上記の記載事項と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">TEL ()-()-()</p> <p style="text-align: right;">所属所長 職名 氏名</p>						

(注) 辞令等の写しを添付すること。

パパ・ママ育休プラスに該当するときは、世帯全員について記載された住民票の写し等支給対象者の配偶者であることを確認できる書類及び配偶者の当該子に係る育児休業取扱通知書の写し又は辞令の写し等、配偶者の育児休業取得を確認できる書類を添付すること。

育児休業掛金免除申出書
兼育児休業手当金（変更）請求書

組合員証番号			氏名		
育児休業の期間	当初	令和 年 月 日	変更後	令和 年 月 日	
掛金免除申出日	令和 年 月 日				
子の生年月日	令和 年 月 日				
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第164条の3第3項の規定により、育児休業掛金免除の変更を申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申出者氏名 (記名押印又は署名)</p>					
標準報酬月額	等級		円		
手当金請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
手当金請求金額	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円
	月分	月分	月分	月分	月分
	円	円	円	円	円
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定により、上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名 (記名押印又は署名)</p>					
<p>上記の記載事項と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">TEL ()-()-()</p> <p style="text-align: center;">所属所長 職名 氏名</p>					

(注) 辞令等の写しを添付すること。

パパ・ママ育休プラスに該当するときは、世帯全員について記載された住民票の写し等支給対象者の配偶者であることを確認できる書類及び配偶者の当該子に係る育児休業取扱通知書の写し又は辞令の写し等、配偶者の育児休業取得を確認できる書類を添付すること。

育児休業手当金(延長給付)請求書

組 合 員 証 記 号 番 号	公立福岡	組 合 員 氏 名	
育 児 休 業 の 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	育 児 休 業 対 象 の 子 の 生 年 月 日	年 月 日
請 求 期 間 (月 単 位)	年 月 日 ~ 年 月 日		
育児休業対象児が1歳に達した日後の期間を請求する事由 及び 添付書類 (該当する事由について、裏面を参照し、請求事由の確認できる書類を添付すること。)			
1. 保育所における保育が実施されないこと	<input type="checkbox"/> 上記請求期間について、保育所等における保育が実施されない市区町村の証明 <div style="text-align: right;">※請求期間の末日以降に証明を受けること</div> 子 の 氏 名 : _____ 該 当 の 子 の 生 年 月 日 : 年 月 日 入 所 申 込 年 月 日 : 年 月 日 入 所 希 望 日 : 年 月 日 入 所 で き な か っ た 期 間 : 年 月 日 ~ 年 月 日 上記の子については、保育所等における保育の実施を希望し、申込みをしていますが、 選考の結果、入所できていないことを証明します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 <div style="text-align: center;"> 職名 証明者 氏名 </div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 印 </div> </div>		
	<input type="checkbox"/> 保育所等において保育が実施されない事実を証明する書類が毎月発行される場合、その写し ※上記請求期間について、保育所等における育児休業対象の子への保育が実施されない事実、入所申込日及び 入所希望日を確認できること		
2. 養育を予定していた配偶者の死亡	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 死亡日が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 申立書		
3. 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 配偶者に関する医師の診断書等 <input type="checkbox"/> 申立書		
4. 養育を予定していた配偶者との婚姻の解消等による別居	<input type="checkbox"/> 世帯全員の住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 婚姻の解消等が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 申立書		
5. 養育を予定していた配偶者が6週間以内に出産予定であるか、又は産後8週間を経過しないこと	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写しもしくは配偶者の出産に関する医師の診断書 <input type="checkbox"/> 申立書		
6. 育児休業等の中出をした組合員が以下の休暇・休業を取得したことにより、育児休業等が終了した場合であって、指定の事由(詳細は裏面参照)により、育児休業等を再取得せざるを得なくなった場合			
ア. 産前産後休暇	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し		
イ. 育児休業	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 審判書の写し又は措置解除決定通知の写し		
ウ. 介護休業	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> (対象家族と別居の場合) 戸籍の除票		
地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定により、同法施行規則第2条の5の5に該当しますので、上記のとおり請求します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 公立学校共済組合福岡支部長 殿 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 請求者 (記名押印又は署名) 氏名 </div> </div>			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> TEL 所属所長 職名 </div> 氏名 </div>			
※ 請求期間の末日以降に、各月単位で提出してください。		※共済組合記入欄 支 給 金 額	円

[裏]

育児休業手当金(延長給付)は、当該育児休業に係る子が1歳に達する日の状況が総務省令で定める事由に当てはまる場合、最長で2歳の誕生日の前日まで請求できます。

「パパママ育休プラス」制度に該当した場合、パパママ育休プラス制度により延長されている期間の末日時点の状況で延長給付に該当するか判断します。

育児休業手当金(延長給付)請求に係る注意事項

1 請求書の作成単位 請求書は請求月ごとに作成し、各月の請求事由の確認できる書類を添付すること。

2 記入要領

組合員証記号番号：記号は「公立福岡」のため記入不要、番号は組合員番号を記入。

育児休業の期間：育児休業初日から末日まで記入。育児休業を延長(短縮)した場合、末日は延長(短縮)後の日。

3 請求事由及び添付書類について (請求日、申立日等は請求期間の末日以降であること)

◇ 保育所における保育が実施されない場合

請求にあたっては、請求期間において保育所等への入所ができていない旨の市区町村の証明が毎月必要です。

請求書に市区町村の証明書を受けるか、市区町村が発行した「入所不承諾通知」等(毎月発行される場合のみ可)を添付してください。

□ 保育所等における保育が実施されない市区町村の証明 (証明を受けた場合、添付書類不要)

入 所 希 望 日	： 20XY 年 A 月 A 日	【例】
入所できなかった期間	： 20XY 年 A 月 A 日～20XY 年 B 月 B 日	
上記児童については、保育所等における保育の実施を希望し、申込みをしていますが、 選考の結果、入所できていないことを証明します。		
20XY 年 B 月 C 日	証明者 職名 ●●市福祉課長 印	
	氏名 ●●●●	

証明日現在において「入所できていない期間」を証明してください。
(未だ到来していない日に関して「入所できなかった」という証明は受理できません)

◇ 育児休業に係る子の養育を行う予定であった配偶者が、以下の2～5のいずれかに該当する場合

育児休業手当金(延長給付)は、子の出生以降に延長給付の事由に該当した場合支給されます。

【添付書類】

2. 死亡	①、② 及び 死亡日が確認できる書類
3. 負傷・疾病等	② 及び 配偶者に関する医師の診断書等
4. 配偶者との婚姻の解消等による別居	①、②、③ 及び 婚姻の解消等が確認できる書類 ※婚姻の解消を前提に別居している場合、③でその旨を詳細に申立てることで、婚姻の解消等が確認できる書類は不要とする。
5. 6週間以内に出産予定であるか、又は産後8週間を経過しないこと	② ※この事由のみ、保護者氏名及び出産予定日が確認できる頁が必要。 取得できない場合、前述の内容が確認できる医師の診断書を添付すること

- ① 世帯全員の住民票の写し：組合員と配偶者、育児休業に係る子の続柄が確認できること。
- ② 母子健康手帳の写し：表紙及び保護者氏名が確認できる頁の写し。
- ③ 申立書(任意様式)：育児休業を延長せざるを得なかった事情及び子の養育状況について詳しく説明。

◇ 同じ子に係る育児休業を再取得する場合で、次のア～ウの事由に該当するとき

事由	添付書類
ア. 育児休業等の申出をした組合員が産前産後休暇を取得したことにより、育児休業等が終了した場合であって、当該産前産後休暇に係る子の全てが次のいずれかであるとき ・死亡したとき ・養子となったことその他の事情により組合員と同居しないこととなったとき。	①、②
イ. 育児休業等の申出をした組合員が新たな育児休業等を取得したことにより、育児休業等が終了した場合であって、当該育児休業等に係る子の全てが次のいずれかであるとき ・死亡したとき。 ・養子となったことその他の事情により組合員と同居しないこととなったとき。 ・養子縁組の不成立等	①、② 審判所の写し 又は 措置解除決定通知書の写し
ウ. 育児休業等の申出をした組合員が介護休業を取得したことにより、育児休業等が終了した場合であって、当該介護休業に係る対象家族の全てが次のいずれかであるとき ・死亡したとき ・離婚、婚姻の取消、離縁等による組合員との親族関係消滅	① ※対象家族と別居の場合は 戸籍の除票が必要

- ① 世帯全員の住民票の写し
- ② 母子健康手帳の写し：表紙及び保護者氏名が確認できる頁の写し。

(出産 ・ 休業) 手当金請求書

組合員 情報	組合員証番号	公立福岡		所属所名			
	組合員氏名			(退職年月日)	(年 月 日)		
	勤務できなくなった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		今回の請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
休業手当金請求の場合のみ記入							
勤務できなかった理由							
出産手当金請求の場合のみ記入							
出産年月日		年 月 日					
出産に関する医師又は助産師の証明		年 月 日出産 (正常・異常) したことを証明する。					
		妊娠週数 満 週 (出産予定日 年 月 日)					
		証明者 1 医師 住所 2 助産師 氏名 (記名押印又は署名)					
公立学校共済組合福岡支部長 殿 上記の通り請求します。 令和 年 月 日 TEL()-()-() 住所 請求者 氏名 (記名押印又は署名)							
所属所 の証明	出勤しなかった 期間の報酬支 給額 (実支給額)	割	円 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
		割	円 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
		割	円 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
	上記の記載事項及び報酬支給額について、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 TEL()-()-() 所属所長 職名 氏名						

【添付書類】 報酬支給額証明書、出勤簿の写し、休業の事実に関する証明書(※休業手当金のみ)

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

標準報酬月額			※共済組合受付印
円			
	支給日数	支給決定金額	
出産手当金	日	円	
休業手当金	日	円	

報酬支給額証明書 (出産手当金・休業手当金)

請求期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日における
勤務しなかった期間の報酬について、以下のとおり証明する。

令和 年 月 日

証明者
(給与事務担当者)

所属 _____

氏名(記名押印又は署名) _____

TEL () - () - () _____

組合員証番号	
組合員氏名	
標準報酬月額	円
勤務1時間当たりの給与額	円

①給与減額の基礎となる給料・手当		
種別	本来の支給額(月額)	
給料月額	円	/
給料の調整額	円	
地域手当	円	
へき地・準へき地手当	円	
加算額	円	
()	円	
合計①	円	
②減額対象外の手当		
種別	本来の支給額(月額)	請求期間の実支給額
諸手当等	教職調整額	円
	加算額	円
	扶養手当	円
	住居手当	円
	通勤手当(交通用具)	円
	通勤手当(公共交通機関)	円
	義務教育等教員特別手当	円
	管理職手当	円
	()	円
	()	円
合計②	円	円

報酬支給額証明書 (出産手当金・休業手当金)

請求期間 令和 4 年 10 月 1 日 ~ 令和 4 年 10 月 31 日における
勤務しなかった期間の報酬について、以下のとおり証明する。

令和 4 年 11 月 2 日

所属 〇〇市立〇〇小学校

証明者
(給与事務担当者)

氏名(記名押印又は署名) △△ △△

TEL (092) - (123) - (1111)

組合員証番号	1234567
組合員氏名	共済 太郎
標準報酬月額	380,000 円
勤務1時間当たりの給与額	2,151 円

①給与減額の基礎となる給料・手当		
種別	本来の支給額(月額)	
給料月額	308,200 円	/
給料の調整額	円	
地域手当	33,052 円	
へき地・準へき地手当	円	
加算額	円	
()	円	
合計 ①	341,252 円	
②減額対象外の手当		
種別	本来の支給額(月額)	請求期間の実支給額
諸手当等	教職調整額	12,328 円 12,328 円
	加算額	円 円
	扶養手当	10,000 円 10,000 円
	住居手当	27,000 円 27,000 円
	通勤手当(交通用具)	8,000 円 0 円
	通勤手当(公共交通機関)	円 円
	義務教育等教員特別手当	4,500 円 4,500 円
	管理職手当	円 円
	()	円 円
	()	円 円
合計 ②	61,828 円	53,828 円

介護休業手当金請求書

組合員証記号番号	公立福岡	所属所名		
組合員氏名		職名		
雇用保険法の規定による介護休業手当金の支給		有 ・ 無		
要介護者	氏名	組合員との続柄		
	住所	同居 ・ 別居	※別居の場合は住所を記入してください。 (住所：)	
介護休暇の初日	令和	年	月	日
請求期間	令和	年	月	日
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合福岡支部長 殿 令和 年 月 日 請求者 氏名 (記名押印又は署名)				
給与事務 担当者の 証明	上記請求期間における出勤しなかった期間の報酬について、以下のとおり証明する。			
	本来の支給額 (月額)			
	給料月額	給料調整額	地域手当 (経過措置を含む)	教職調整額
	円	円	円	円
	扶養手当	住居手当	義務教育教員特別手当	管理職手当 ※1
	円	円	円	円
加算額	へき地・準へき地手当	()		
円	円	円	円	
※1 管理職手当は月に一度も出勤しない場合は除く。				
令和 年 月 日 給与事務担当：氏名 (記名押印又は署名)				
所属所長 の証明	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
	TEL () - () - ()			
所属所長 職名 氏名				

【添付書類】 ①出勤簿の写し ②介護休暇認定書の写し (①、②とも所属所長の奥書証明要)

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

今回支給対象日数	日	支給決定金額	円
支給日数合計	日		
残り支給可能日数	日		

※共済組合受付印

介護休業手当金請求書【記入例】

組合員証記号番号	公立福岡 1234567	所属所名	〇〇市立△△小学校	
組合員氏名	共済 大五郎	職名	臨時的任用職員	
雇用保険法の規定による介護休業手当金の支給		有 ・ 無		
要介護者	氏名	共済 小五郎	組合員との続柄	
	住所	同居 別居	長男	
		※別居の場合は住所を記入してください。 (住所:)		
介護休暇の初日	令和 5 年 10 月 11 日			
請求期間	令和 5 年 10 月 11 日 ~ 令和 5 年 10 月 31 日			
上記のとおり請求します。				
公立学校共済組合福岡支部長 殿				
令和 5 年 11 月 2 日		請求者 氏名		
		(記名押印又は署名) 共済 大五郎		
給与事務 担当者の 証明	上記請求期間における出勤しなかった期間の報酬について、以下のとおり証明する。			
	本来の支給額 (月額)			
	給料月額	給料調整額	地域手当 (経過措置を含む)	教職調整額
	308,200 円	円	33,052 円	12,328 円
	扶養手当	住居手当	義務教育教員特別手当	管理職手当 ※1
	10,000 円	27,000 円	4,500 円	円
	加算額	へき地・準へき地手当		()
円	円	円	円	
※1 管理職手当は月に一度も出勤しない場合は除く。				
令和 5 年 11 月 2 日		給与事務担当: 氏名 福岡 花子		
		(記名押印又は署名)		
所属所長の 証明	上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
	令和 5 年 11 月 2 日		TEL (092) - (111) - (2222)	
	所属所長 職名		〇〇市立△△小学校長	
	氏名		●● ●●	

「有」の方は、ハローワークに請求してください。

【添付書類】 ①出勤簿の写し ②介護休暇認定書の写し (①、②とも所属所長の奥書証明要)

※共済組合使用欄 (記入しないでください)

今回支給対象日数	日	支給決定金額	円
支給日数合計	日		
残り支給可能日数	日		

※共済組合受付印

弔 慰 金 請 求 書
家 族 弔 慰 金

所属所受付印	共済組合受付印

組合員証記号番号	公立福岡	組合員氏名	
標準報酬月額	等級	円	所属所名
市 区 町 村 長 又 警 察 署 長 証 明 長 は の 明	死亡者氏名		死亡者生年月日
	組合員との続柄	死亡の場所	年 月 日
	死亡年月日	年 月 日	埋火葬年 月 日
	死亡の原及びその状況		
	非常災害により死亡したことを証明する。		職名
年 月 日		証明者	氏名
振込先	銀行	支店	口座番号 (請求者名義)
上記のとおり請求します。			
公立学校共済組合福岡支部長 殿		請求者	住所
年 月 日		(記名押印又は署名)	氏名
組合員との続柄			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。			
年 月 日		TEL()-() ()	職名
		所属所長	氏名
※決定額			円

- 1 添付書類 遺族の順位を証明する書類(戸籍謄本等)、事故の状況が分かる書類(写真・新聞記事等)
- 2 ※印欄は記入しないでください。

災 害 見 舞 金 請 求 書

所属所受付印	共済組合受付印

組合員証記号番号	公立福岡	組合員氏名	
標準報酬月額	等級 円	所属所名	
市 区 町 村 長 ・ 消 防 署 長 又 警 察 署 長 証 明 者	り 災 者 氏 名		り 災 日 年 月 日 年 月 日
	り 災 の 場 所		
	り 災 の 原 因 及 び そ の 状 況		
	損 害 の 程 度	(詳細に記入してください)	
	上記のとおり証明する。	職 名	年 月 日
			印
上記のとおり請求します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> 住所 公立学校共済組合福岡支部長 殿 年 月 日 </div> <div style="width: 40%; text-align: right;"> 請求者 氏 名 (記名押印又は署名) 組合員との続柄 </div> </div>			
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 40%;"> 年 月 日 </div> <div style="width: 40%; text-align: right;"> TEL()-()() 職 名 所属所長 氏 名 </div> </div>			
		※決定額	円

- 1 添付書類 り災状況申立書、家屋の見取図、り災家屋部分の復旧見積書、り災証明書(上欄に証明を受けた場合は不要)、家財証明書、家屋評価額証明書(市町村発行)、自動車検査証の写し、り災の事実を証する写真や新聞記事等
- 2 ※印欄は記入しないでください。

り 災 状 況 申 立 書

所属所名		組合員氏名	
り災の場所		り災年月日	年 月 日
り 災 者	本人・被扶養者	世帯の別	同居・別居
り災の原因	火災・水害・その他	水害のとき 浸水の程度	床上 cm 床下 cm
住居の構造	平屋建・二階建	住居の面積	m ² (坪)
住居の種別	自宅・借家・公舎・その他		

【り災状況（詳細を記入してください）】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

【り災場所までの経路図（最寄りの駅から住居までを図示すること。）】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

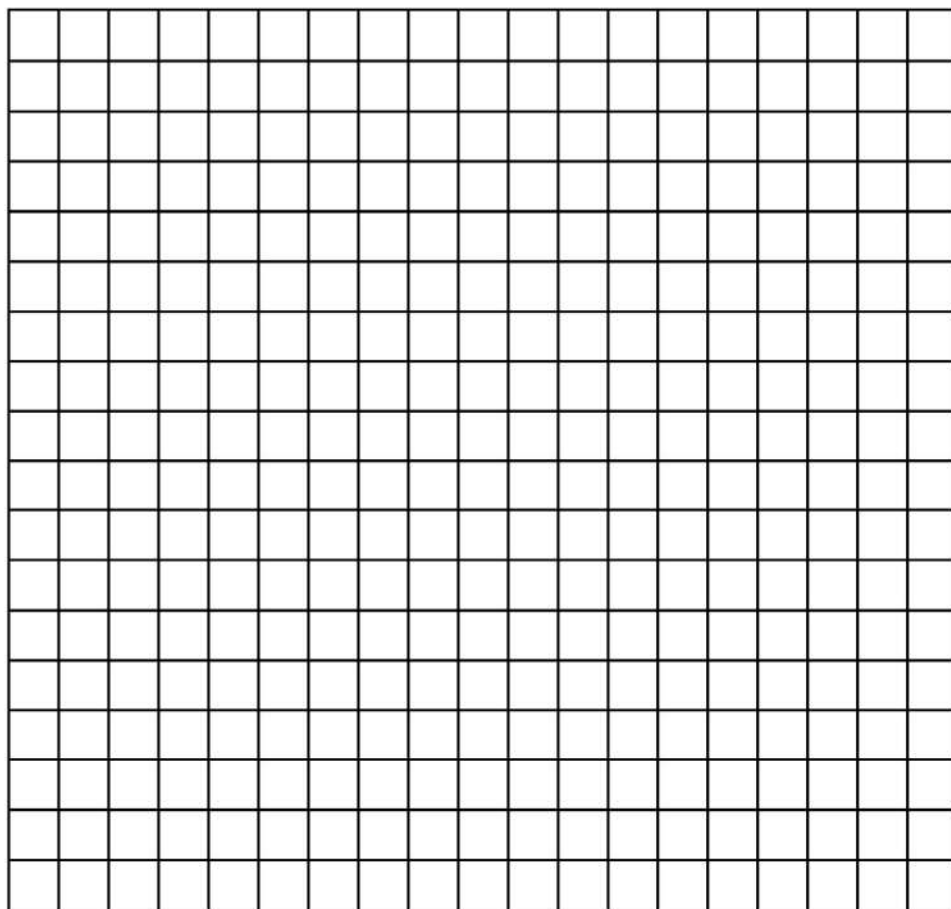
.....

※ り災の事実を証する写真や新聞記事等を添付すること。

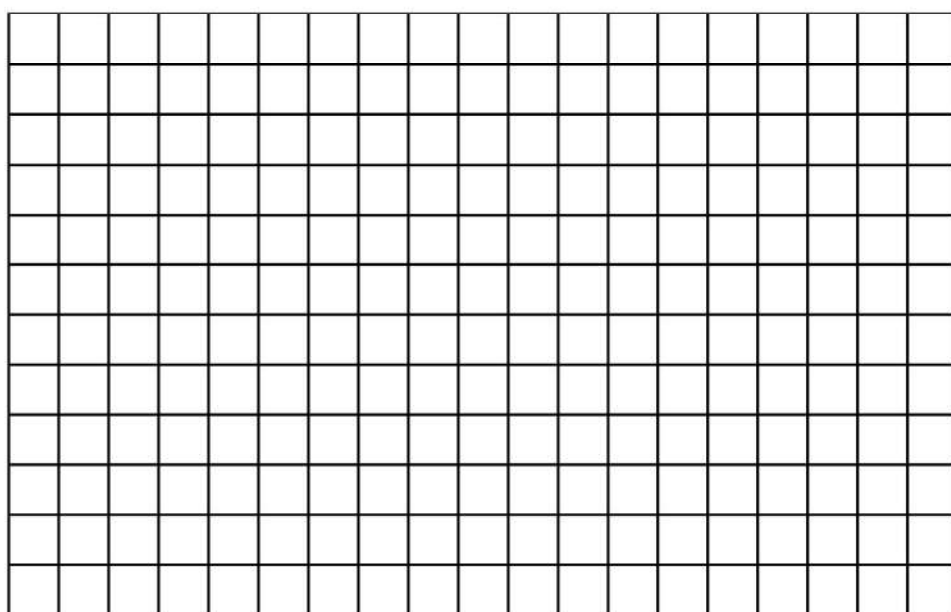
※ 別居している被扶養者がり災した場合は、組合員の住居及び家財についての状況も含め詳しく記入すること。

家屋の見取図

一階



二階



作図記号	
柱	●
壁	—
窓	⊕
片開戸	⤴
両開戸	⤴⤵
押入	⊠
床の間	⤴⤵
玄関	➡
土間	●●●●
板間	▬▬▬▬
階段	▬▬▬▬➡
便所	WC
風呂	☼
台所	○ ○
焼失部	赤線
冠水部	青線

家財明細書

所属所名

氏名

電化製品・炊事用具等				家具・台所用品等			
品名	数量	金額	損害額	品名	数量	金額	損害額
テレビ				タンス			
ビデオ				食器棚			
ラジオ				戸棚			
掃除機				カーテン			
エアコン				机			
アイロン				椅子			
扇風機				カーペット類			
ストーブ				食器類			
洗濯機				鍋類			
乾燥機				やかん			
照明器具				包丁			
冷蔵庫				調理器具類			
電子レンジ				ガス器具類			
電気炊飯器				消火器			
電気ポット							
小計				小計			

記入上の注意

- (1) 金額欄には、損害を受けていない家財も含めて、すべての家財を時価で記入すること。
- (2) 修復不能な家財は、損害額欄に当該家財の時価全額を記入すること。
- (3) 修繕（クリーニング等）により原形に復する家財は、損害額欄に当該家財の修繕額を記入すること。
- (4) その他の家財については、空欄に記入すること。

家財明細書

所属所名

氏名

寝具・衣類等				その他			
品名	数量	金額	損害額	品名	数量	金額	損害額
ベッド				自動車			
敷布団				自転車			
掛布団				バイク			
毛布				パソコン			
シーツ等				電話			
紳士服				携帯電話			
婦人服				カバン類			
子ども服				財布			
下着類				書籍			
紳士靴				傘			
婦人靴				掛時計			
子ども靴				腕時計			
小計				小計			

家財金額合計		損害額合計	
--------	--	-------	--

記入上の注意

- (1) 金額欄には、損害を受けていない家財も含めて、すべての家財を時価で記入すること。
- (2) 修復不能な家財は、損害額欄に当該家財の時価全額を記入すること。
- (3) 修繕（クリーニング等）により原形に復する家財は、損害額欄に当該家財の修繕額を記入すること。
- (4) その他の家財については、空欄に記入すること。

規定様式第21号

共 済 組 合 受 付 印

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 証 記 号 番 号	公立福岡第	号	所 属 所 名	
組 合 員 氏 名				
事 故 に 遭 っ た 組 合 員 又 は 被 扶 養 者 の 氏 名				
事 故 の 相 手 の 氏 名 及 び 住 所 等	〒(-)			※相手の氏名及び住所が明らかでないときは、理由等を記入すること TEL()
事 故 発 生 日	年 月 日			
事 故 発 生 状 況	できるだけ具体的に、詳しく記入してください。 ※「事故発生状況報告書」を添付している場合は記入不要			
療 養 が 必 要 な 体 の 部 位				
治 療 を 受 け た 医 療 機 関 名				
公 務 外 の 負 傷 で あ る こと の 確 認 (チェックしてください)	<input type="checkbox"/> 当傷病は公務外である ※公務上・通勤時の負傷の場合は 申告できません。	相 手 か ら 受 け た 損 害 賠 償	できるだけ具体的に記入してください。	
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合福岡支部長 殿				
令和 年 月 日	申 請 者 住 所 (記名押印 又は署名) 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	TEL()-()-()			
	所 属 所 長 職 名 氏 名			

自動車損害賠償責任保険等の加入状況報告書

※事故の相手の自動車保険について、下の欄に記入してください。

自動車損害賠償責任保険（自賠責） 契約保険会社名	TEL	保険証明書 番 号	
保険契約者	住所 TEL 氏名	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日
相手方の自動車	車 種	登録番号または車両番号	車 台 番 号
	使用の本拠の所在地		
相手方の自動車の所有者	住所 TEL 氏名	運転者と所有者との関係	
相手方の自動車の運転者	住所 TEL 氏名	/	

(注)相手方の状況を記入してください。なお、相手方が任意保険に加入している場合は、次にも記入してください。

自動車任意保険

任意保険 契約保険 会 社 名	TEL	保険証明書 番 号	
保険契約者	住所 TEL 氏名	保険契約期間	自 年 月 日 至 年 月 日

※契約保険会社に問い合わせを行いますので、保険会社名・連絡先は正確にご記入ください。

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 号	当事者	甲 (相手方)	氏名 (TEL)	
自動車の番号			乙 (事故に遭った組合員 または被扶養者)	氏名 (TEL)	運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 してある していない	歩道(両・片)	ある ない	直線・カーブ	
	平坦・坂	見通し	良 い 悪 い	積雪路, 凍結路	
信号又は標識	信 号 あ る な い	駐停車禁止	されている されていない	その他標識	
	速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h), 乙車両 km/h(制限速度 km/h)			
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を 図示して下さい。	事故発生状況略図(通路幅をmで記入してください)				
上記図の説明を 書いて下さい。	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 70%;"> <p>自 車 </p> <p>相 手 者 </p> <p>進 行 方 向 </p> <p>信 号 </p> <p>一 時 停 止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 オートバイ </p> </div> <div style="width: 25%; text-align: right;"> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> </div> </div>				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 () 氏名 _____

念 書

令和 年 月 日（事故の場所） において
（相手方氏名） の不法行為により（事故に遭った組合員または被扶養者
氏名） の被った保険事故について、地方公務員等共済組合法による保険
給付を受けた場合は、私が加害者に対して有する損害賠償請求権を地方公務員等共済組
合法第50条の規定によって公立学校共済組合が給付の価格の限度において取得行使
し、かつ、賠償金を受領することに異議のないことを、ここに書面をもって申し立
てます。

なお、あわせて、次の事項を遵守することを誓約します。

- 1 相手方と示談を行おうとする場合は、必ず前もって当共済組合にその内容を申し出ること。
- 2 相手方に白紙委任状を渡さないこと。
- 3 相手方から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ、速やかに申し出ること。

令和 年 月 日

住 所

組合員氏名

①

公立学校共済組合福岡支部長 殿

確 約 書

(事故に遭った組合員または被扶養者) 殿の治療につき、公立学校共済組合組合員証を使用した場合について、公立学校共済組合保険給付の限度において責任を持ちます。

令和 年 月 日

相手方 住所
氏名 ⑩

連帯保証人 住所
氏名 ⑩

公立学校共済組合福岡支部長 殿

※ 連帯保証人の印鑑証明添付のこと

自賠責支払先優先同意書

年 月 日（事故の場所） におい
ての交通事故により、（事故に遭った組合員又は被扶養者名） が受
けた損害に関し、自動車損害賠償保障法に基づく保険金の内から治療費を公立学校共済
組合に優先的に支払われることに同意いたします。

令和 年 月 日

（同意者）

住所
事故に遭った組合員
または被扶養者 氏名 ⑩

住所
相手方 氏名 ⑩

公立学校共済組合福岡支部長 殿

レセプト開示同意書

私が 年 月 日に発生した交通事故で被った損害のうち、組合員証（組合員被扶養者証を含む）を使用したことにより公立学校共済組合福岡支部が給付した保険給付等について、地方公務員等共済組合法第50条の規定により同支部が代位取得した求償権を行使することを目的として、損害保険会社（JA共済、全労済を含む）に対して当該給付に係る診療報酬明細書（レセプト）等を提供することを同意します。

公立学校共済組合福岡支部長 殿

令和 年 月 日

(届出者)

組合員氏名

㊞

被扶養者氏名

㊞

- ※ 組合員証を使用する場合は、事故報告書に必ず添付ください。
- ※ 事故に遭った方が被扶養者である場合は、組合員と併せて被扶養者も署名捺印してください。

令和 年 月 日

公立学校共済組合福岡支部長 殿

所属所名
組合員氏名
組合員証番号

治癒報告について（報告）

先に第三者加害行為により、第三者から受けました傷病については、下記のとおり治癒（症状固定）しましたので報告します。

記

事故年月日	年 月 日
事故に遭った組合員または被扶養者氏名	(続柄)
治療を受けた医療機関	
治癒年月日	年 月 日
その他連絡事項 (示談・賠償請求状況等)	

- (注) 1 この治癒報告書にかえて医師の診断書、またはその写しでもよい。
2 示談を締結してあれば示談書、またはその写しを添付してください。
3 相手方（損害保険会社）に賠償請求をされるときは、事前に公立学校共済組合福岡支部給付係（TEL:092-643-3871）まで連絡してください。
4 「治療を受けた医療機関」欄は、第三者加害行為による傷病の治療を行った医療機関をすべて記載してください（整骨院・鍼灸院を含む）。