

療養に関する報告書

(傷病手当金及び傷病手当金附加金請求書用)

療養者	氏名	公立 太郎			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 54 年 5 月 6 日生				
	住所	〒 123 - 4567 〇〇市△△1丁目2-3				
病歴	発病年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 1 年 5 月 13 日頃			※下記傷病により最初に医療機関を受診した日	
	傷病名	療養期間			医療機関名	
	〇〇〇病	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 △ 年 △ 月 △ 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで			〇〇〇〇病院	
		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで				
病気休暇及び休職の状況	発令事項	今回の休職に至る病気休暇等開始年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 3 年 3 月 10 日				
		令和 3 年 3 月 10 日から	<input checked="" type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職			
		令和 3 年 6 月 7 日まで	<input type="checkbox"/> その他()			
		平成 3 年 6 月 8 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input checked="" type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職			
		令和 3 年 12 月 31 日まで	<input type="checkbox"/> その他()			
		令和 年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職			
		令和 年 月 日まで	<input type="checkbox"/> その他()			
		年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職			
		年 月 日まで	<input type="checkbox"/> その他()			
		年 月 日から	<input type="checkbox"/> 有給休暇(病休) <input type="checkbox"/> 給料半減 <input type="checkbox"/> 8割休職 <input type="checkbox"/> 無給休職			
年 月 日まで	<input type="checkbox"/> その他()					
備考	(採用以後に上記以外の休職期間がある場合は、全て記入してください。)					
<p>上記のとおり相違ないことを報告します。</p> <p>令和 4 年 2 月 4 日</p> <p>所在地 〇〇市△△2丁目3-4</p> <p>所属所名称 〇〇市立△△中学校</p> <p>長の職・氏名 校長 〇〇 〇〇</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">職印</div>						

病気休暇等開始日から退職日までについて証明してください。

報告書の証明年月日は、請求書の本人の請求年月日以後で所属所長の証明年月日以前。

※病歴欄については、発病以来のものをわかる範囲で記入願います。
 ※病歴や病気休暇及び休職の状況について補足がある場合は、備考欄に記入してください。

報酬支給額証明書

(傷病手当金・同附加金請求用)

組合員証 記号番号	公立北海道 123456	組合員氏名	公立 太郎
上記の者について、令和 3 年 12 月 1 日から令和 3 年 12 月 31 日 までの期間に対し、次の給与報酬等が支給されていることを証明する。			
基本給			
給料	259,451 円		
(うち教職調整額)	(10,688 円)		
(うち給料の調整額)	(円)		
手当等			
扶養手当	5,200 円		
地域手当	円		
住居手当	9,600 円		
通勤手当	円		
単身赴任手当	円		
管理職手当	円		
初任給調整手当	円		
義務教育等教員特別手当	円		
へき地(特地)手当	円		
準へき地(準特地)手当	円		
寒冷地手当	円		
	円		
	円		
手当等の計	14,800 円		
令和 4 年 2 月 4 日			
所属所名		〇〇市立△△中学校	
所属所長又は 給与事務担当者	職名	事務主任	
	氏名	〇〇 〇〇	
			

退職月の初日から退職日までの期間を証明してください。

給料+手当等の合計

274,251 円

報酬支給額証明書の証明年月日は、請求書の本人の請求年月日以後で所属所長の証明年月日以前。

記入上の注意事項

- この証明書は、月ごとに作成してください。
- 給与報酬等が支給されている場合は、必ず給料支給明細書の写し(所属所長の原本謄写証明があるもの)を添付してください。

無職の申立書

公立学校共済組合北海道支部長 様

私は、平成 令和 3 年 12 月 31 日付けで退職し、以降、現在に至るまで無職であることを申し立てます。

また、健康保険の加入状況及び雇用保険の申請の有無については、次のとおりです。

《健康保険の加入状況》

現在加入している健康保険 (任意継続組合員・**国民健康保険**)

※いずれかに○印を付けてください。

上記健康保険の資格取得年月日 平成 令和 4 年 1 月 1 日

組合員証(保険証)の有効期限 平成 令和 4 年 7 月 31 日

※国民健康保険に加入している場合は、裏面に保険証の写しを貼付してください。

(任意継続組合員の方は不要です。)

《雇用保険の申請の有無》 ※いずれかに○印を付けてください。

退職時の所属所で雇用保険に (加入していた・**加入していない**)

※「加入していた」に○印を付けた方のみ記入してください。

現在、雇用保険の失業給付を (申請している・**申請していない**)

退職後、国民健康保険に加入している場合は、無職の申立書の裏面に国民健康保険証の写しを貼付してください。

申立年月日は、請求期間の末日以降。

令和 4 年 2 月 3 日

氏名 公立 太郎

