

療 養 費
家 族 療 養 費
家 族 療 養 費 附 加 金
高 額 療 養 費
一 部 負 担 金 払 戻 金
(看 護 料 移 送 料)

請 求 書

※ 決 定 額	療養費・家族療養費	円
	高 額 療 養 費	円
	家族療養費附加金	円
	一部負担金払戻金	円
	計	円

組 合 員 氏 名		組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号	所 属 機 関 名	
療 養 者 氏 名		生 年 月 日 性 別 ・ 続 柄	昭 平 年 月 日	性別 男 女 続柄	
初 診 年 月 日	平成 年 月 日	医 療 機 関 又は薬局及び そ の 住 所			
療 養 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	療養に要した 費 用	円	請 求 金 額	円
看護又は移送の 承 認 年 月 日	平成 年 月 日	移 送 の 区 間		移 送 の 方 法	
入 院 期 間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	入 院 日 数			日
組 合 員 証 を 使用しなかった 理 由	私傷病 公務災害 第三者加害				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 電話番号 公印					

1. 組合員証を使用しなかった理由は具体的に詳しく書いてください。
2. ※印欄は記入しないでください。

診療報酬領収済明細書

組 合 員 証 記 号 番 号								組合員証の発行機関				公立学校共済組合宮崎支部			
組 合 員 住 所 氏 名												公 務 上			
療 養 者 住 所 氏 名								年 月 日生				公務外		乗船中発病したもの	
														下船中発病したもの	
傷病名	①	初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日	終診	年 月 日	転 帰					
	②		年 月 日	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日		治ゆ	繰越	死亡	転医	中止		
臨床学的所見								理化学的所見							
診 療 の 内 容										摘 要					
項 目 内 容										経過及び診療事実に関する理由					
診察料	初 診					円									
	再 診	回			円										
	往 診	回			円										
投薬料	内 服	1 剤投与日分				円									
		{ 2 剤投与日分				円									
	頓 服	回			円										
注射料	外 用	回			円										
	(皮) (筋)	回			円										
	(静) (動)	回			円										
処置料	の 別 を 記 入	回			円										
	処 置 名	回			円										
		回			円										
手術料	手 術 名	回			円										
		回			円										
検査料	検 査 名	回			円										
		回			円										
レントゲン料	透 視 切 枚				円	療法開始年月日									
その他					結核化学療法 年 月 日										
					駆 梅 療 法 年 月 日										
					() 年 月 日										
入院料	看 食 自 日 日間			円	結核予防法による公費負担 円										
	(無) 寝 至 日			円	初診に要した月の診療費 円										
合 計						円	入 院 の 初 日 年 月 日								
領収済額						円									
上記の通り領収しました。															
平成 年 月 日 殿 医療機関名 及びその住所 印															

備 考
1. この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方せんに基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
2. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

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 _____

印

電話 _____

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

Form C
様式C

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 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										Primary tooth									
(Upper)					(Lower)					(Upper)					(Lower)				
(RIGHT)					(LEFT)					(RIGHT)					(LEFT)				

Type of Treatment 治療の分類

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

Permanent tooth																Primary tooth															
(Upper)																		(RIGHT)												(LEFT)	
(Lower)																		(RIGHT)												(LEFT)	

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

印

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。

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		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
(11) Medicines**	医 薬	費		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		
(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	\$		

* Please fill in the content of the Laboratory Tests.
*諸検査の内容を記入してください。

** 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。

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

印

電話

同 意 書

療養費申請書（請求書）の審査決定のため、海外の医療機関等に対して私の受診内容等を照会することについて同意します。

平成 年 月 日

受診者氏名 _____ (印)

公立学校共済組合宮崎支部 高額療養費 (外来年間合算) 支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

[25]

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) 外来年間合算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については次のとおり記入してください。
 - ・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。
 - ・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) 外来年間合算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。

 - ・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。
 - ・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「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）が負担したものとして取り扱われます。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ん。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して取り扱われます。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ん。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。
- ・対象となる計算期間中に当組合の組合員期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付省略」と記入してください。（なお、当該期間に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。）

↑基準日被扶養者が基準日組合の組合員であった期間に係る自己負担額証明書について添付の省略を認める取扱いとする場合のみ記載

(別添様式例2)

	枚中		枚目
--	----	--	----

様

公立学校共済組合宮崎支部 高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記の通り証明いたします。

フリガナ									
氏名									
生年月日						性別			
自己負担額証明書整理番号									
保険者番号				証明対象年度					
組合員証記号				組合員証番号					
対象となる計算期間		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日							
計算期間において組合員であった期間		平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日							
診療年月	氏名			氏名			氏名		
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要			
平成 年 8月分									
9月分									
10月分									
11月分									
12月分									
平成 年 1月分									
2月分									
3月分									
4月分									
5月分									
6月分									
7月分									
計									
平成 年 月 日									
〒 (所在地)									
公立学校共済組合〇〇支部長						印			

【保険者連絡用】

(問い合わせ先) 〒 — (所在地) (支部名及び担当部署) 電話番号 (計算結果送付先) 〒 — (所在地) (支部名及び担当部署)

備考

1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

記入上の注意事項

1. 「証明対象年度」欄には、「対象となる計算期間」欄の開始年月日が属する年を記載すること。
2. 「自己負担額証明書整理番号」は以下の番号体系にて採番した番号を記載すること。
「証明対象年度西暦(4桁)+保険者番号(8桁)+保険者が付する通し番号(8桁)」
なお、保険者が付する通し番号は、証明対象年度ごとに発行順に1から付番すること。
3. 「対象となる計算期間」中に、当共済組合において複数の組合員期間を有する等により組合員証の記号・番号が複数ある場合は、次のいずれかにより記載すること。
 - ① すべての組合員証記号・番号に係る組合員期間を通算して記載する場合
「組合員証記号」欄及び「組合員証番号」欄には基準日の直近に使用していたもののみを記載すること。
また、組合員期間に空白期間がある場合については、「計算期間において組合員であった期間」欄の初日については、計算期間中の最初の資格取得日（計算期間の初日以前の資格取得の場合は計算期間の初日）を、同欄の末日については、計算期間中の最後の資格喪失日の前日を記載することとし、その間の資格取得日及び資格喪失日(空白期間に係るものに限る。)をそれぞれの日が属する月の「摘要」欄に記載すること。
例. 4月1日に資格喪失し、5月1日に再度資格取得した場合
4 月分の摘要欄：「4月1日資格喪失」 5 月分の摘要欄：「5月1日資格取得」
 - ② 組合員証の記号・番号ごとに証明書を発行する場合
「組合員証記号」欄、「組合員証番号」欄及び「計算期間において組合員であった期間」欄には、当該証明書に記載する組合員期間に係るものを記載すること。
4. 「氏名」欄には申請者の属する世帯における70歳以上の者全ての氏名を記載した上で、「自己負担額」欄に当該者に係る額を記載すること。
5. 「氏名」欄等が足りない場合は、2枚目以降に記入すること。その場合、右上の「枚中」欄及び「枚目」欄を記載すること。
6. 【保険者連絡用】の(問い合わせ先)については、自己負担額証明書の提出先の保険者からの照会に対応可能な連絡先を記載すること。
7. 【保険者連絡用】の(計算結果送付先)については、計算結果の送付先が(問い合わせ先)と異なる場合のみ記載すること。

所属所受付印

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

組合員証の記号番号	公立宮崎 番号		
組 合 員 氏 名			
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
所 属 機 関			
標 準 報 酬 月 額	円		
適 用 対 象 者 氏 名		性別	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 ・ 平成 年 月 日		
使 用 開 始 日	平成 年 月 日から 注（申請日の前月から使用する場合、医療機関の承認が必要です。）		
添 付 書 類	組合員証の写し ・ 被扶養者証の写し（添付する物を○で囲んでください。）		
希 望 す る 送 付 先	所属所 ・ 自宅 ・ その他 （ 〒 ） ※希望するところに○ その他の場合（ ）に記入		
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。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 〒 申請者 住 所 氏 名 ⑩ 電話番号			
上記の記載内容は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所長 所属所名 職 氏 名 公印 電話番号			

療養される方の組合員証または被扶養者証の写しは必ず添付してください。

※共済組合使用欄

適 用 区 分	ア・イ・ウ・エ・オ	交付年月日	平成 年 月 日
適 用 期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日まで	
シ ス テ ム 入 力			

標準負担額 減額認定申請書
限度額適用・標準負担額

所属所受付印

組合員証記号番号		公立宮崎			
組合員	氏 名		所属 機関	名 称	
	生年月日	昭・平 年 月 日			
減 額 対象者	氏 名		組合員との続柄		
	生年月日	昭・平 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		平成 年 月 日から 平成 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		平成 年 月 日から 平成 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		平成 年 月 日から 平成 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		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日間	
	入院をした保険医療機関等		名 称 所在地		
平成 年 中 の 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
	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。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 ㊟					

1. 組合員に係る市町村民税非課税証明書を添付してください。
2. 長期入院該当の場合は、入院期間を確認できる書類と1の書類（既に「減額認定証」の交付を受けているものは減額認定証）を添付してください。

所属所長
検 認 欄

証 員 合 組
号 番 号 記

公立宮崎第

号

所属所名

組合員氏名

受診者氏名

生 年 月 日

昭·平

年

月

日

組合員との
続柄

受診者住所

疾病名

左記疾病の初診日

1

平成

年

月

日

2

平成

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。

医師の証明

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

所在地

名 称

医療機関

醫師名

電話番号



上記のとおり申請します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

三

住所

組合員

氏 名



所属所受付印

重度心身障害者（児）医療費受給資格者届出書

届 出 区 分 (該当に○)		新規 更新 取消		
組合員（被扶養者）証記号番号		公立宮崎 番号		
組 合 員	氏 名		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
対 象 者 (続柄)	氏 名		性別	男・女
	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
交付市町村名				
有 効 期 限	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

上記のとおり認定を受けたので、「重度心身障害者（児）医療費受給資格者証」の写しを添えて提出します。

平成 年 月 日

〒

住所

氏名



- (備考) 1 取消の場合は受給者証の写しは不要です。
 2 世帯に複数の対象者がいる場合、各対象者毎に提出してください。
 3 この届出書に記載された個人情報 は公立学校共済組合の給付にのみ使用します

所属所受付印

ひとり親家庭医療費助成事業該当世帯届出書

届 出 区 分（該当に○）	新規	更新	取消
---------------	----	----	----

組合員	番号			
	氏名		所属所名	

交付市町村名			
交 付 年 月 日	平成	年	月 日
有 効 期 限	平成	年	月 日

期限の記載がない場合は記入不要

受給者証等に記載されている被扶養者			
氏 名	生年月日	性別	続柄
	平成 年 月 日	男 ・ 女	
	平成 年 月 日	男 ・ 女	
	平成 年 月 日	男 ・ 女	
	平成 年 月 日	男 ・ 女	
	平成 年 月 日	男 ・ 女	
	平成 年 月 日	男 ・ 女	

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

上記のとおり認定を受けたので、「ひとり親家庭医療費助成受給資格者証」の写しを添えて提出します。

平成 年 月 日

〒

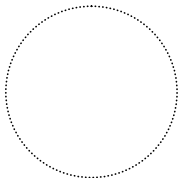
住所

氏名

㊞

- （備考） 1 取消の場合は受給者証の写しは不要です。
2 この届出書に記載された個人情報は公立学校共済組合の給付にのみ使用します。

出 産 費・同附加金 請 求 書
家族出産費・同附加金



所属所受付印

※ 決 定 額	出 産 費	円
	家 族 出 産 費	円
	同 附 加 金	円
	合 計	円

組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号	組合員氏名		所属機関名	
資 格 取 得 年 月 日	昭 和 平 成	年 月 日	資 格 喪 失 年 月 日	平成	年 月 日
出 産 者 氏 名				出 産 児 氏 名 及 び 続 柄	続柄 ()
出 産 年 月 日	平成 年 月 日			出 産 の 場 所	
医 師 又 は 助産師の証明	平成 年 月 日 出産・死産・早流産(妊娠 箇月)したことを証明する。 出産費用については直接支払制度を適用していないことを証明する。 平成 年 月 日 証明者 住 所 氏 名 ㊟				
被扶養者が出産する場合			組合員が資格喪失後に出産する場合		
資格取得日 (組合員証で確認)		平成 年 月 日		資格喪失日 (退職日)	
資格取得日以後6か 月以内の出産予定の 場合以前加入の健康 保険名・記号・番号		☐ 健康保険組合 ☐ 社会保険 ☐ 国民健康保険 記号 番号		現在加入の健康 保険名・記号・ 番号	
				☐ 健康保険組合 ☐ 社会保険 ☐ 国民健康保険 記号 番号	
請 求 金 額	出 産 費	円		出産費・家族出産費について。 領収書、請求明細書等の「産科医療補償制度加入機関」 適用証明印の有無により異なります。 証明印がある場合は 420,000 円 証明印がない場合は 404,000 円	
	家 族 出 産 費	円			
	同 附 加 金	50,000 円			
	合 計	円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 請 求 者 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。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 公印 (電話番号)					

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 医師又は助産師の証明は別添でも可。(ただし、写しの場合は所属長の原本証明)
3. 産科医療補償制度対象分娩の適用の有無が確認できる、領収書・請求明細書等の写し(要、原本証明)を添付してください。
4. 出産育児一時金の医療機関直接支払制度合意文書(写しの場合は所属長の原本証明印)を添付してください。

産前産後休業掛金免除（変更）申出書

組 合 員	氏 名		組合員証 記号番号	公立宮崎 第	号
	生 年 月 日	年 月 日			
所 属 機 関	名 称				
	所 在 地				
産 前 産 後 休 業 の 期 間			初 日	平成	年 月 日
			終了日	平成	年 月 日
産前産後休業の期間（変更後）			初 日	平成	年 月 日
			終了日	平成	年 月 日
出 産 予 定 日			平成 年 月 日		
出 産 日			平成 年 月 日		
出 産（予定）種 別			単 胎 ・ 多 胎		
地方公務員等共済組合法 第 114 条の 2 の 2 の規定により、産前産後休業期間に係る掛金免除（変更）を申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 申 出 者 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 （電話番号 ） 印					

- 1 産前産後休業の期間を確認できる休暇処理簿の写し（要、所属長の原本証明印）を添付し提出してください。
- 2 産後休暇に変更があった場合は変更後の期日を記入し、産後休暇が短縮されたことが確認できる休暇処理簿の写し（要、所属長の原本証明印）を添えて提出ください。

産前産後休業掛金免除に係る出産日連絡票

所 属 所 名	
所 属 コ ー ド	
組 合 員 氏 名	
職 員 番 号	
出 産 日	平成 年 月 日
添 付 書 類 (該当を○で囲んでください)	休暇処理簿の写し 母子健康手帳の写し 出産証明書の写し その他 ()

上記のとおり連絡します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

所 属 所 名

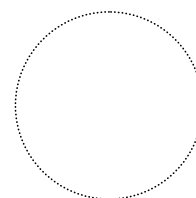
担当者氏名

⑩

電 話 番 号 () -

埋 葬 料・埋 葬 料 附 加 金
家族埋葬料・家族埋葬料附加金

請 求 書



所属所受付印

		※ 決 定 額	埋 葬 料	円
			家 族 埋 葬 料	円
			附 加 金	円
			合 計	円

組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号	組合員氏名			所属機関名	
死亡者氏名			生 年 月 日 性別、続柄	昭・平	性別 男・女 年 月 日 続柄	
死亡年月日	平成 年 月 日	死 亡 の 場 所				
埋葬年月日	平成 年 月 日	死 亡 の 原 因				
請 求 金 額	埋 葬 料		円			
	家族埋葬料		円			
	附 加 金		円			
	合 計		円			
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 組合員との関係 印						
上記の記載事項が、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 (電話番号) 公印						

1. この請求書を提出するときは市町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写し（やむをえない理由がある場合には、死亡の事実を証明する書類）を添えてください。
2. 被扶養者であった者以外の人が埋葬料を請求する場合には、1のほか、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添えてください。
3. ※印欄は記入しないでください。

弔 慰 金 請 求 書 家 族 弔 慰 金					所属所受付印	
				弔 慰 金 家族弔慰金	※ 決定額 円	
記 号 番 号		公立宮崎 第 号		組 合 員 氏 名		
標準報酬月額		第 級 円		所 属 機 関 名		
市町村長又は警察署長、消防署長の証明	死 亡 者 氏 名		死 亡 者 生 年 月 日 性 別 続 柄		性別 男・女 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 続柄	
	死 亡 年 月 日		平成 年 月 日		死亡の場所	
	死 亡 の 原 因 及 び そ の 状 況					
	非常災害により死亡したことを証明する。 平成 年 月 日 職 名 証明者 氏 名 印					
請 求 金 額		円 (標準報酬月額 _____) (標準報酬月額 _____×0.7)				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 住所 請求者 氏 名 平成 年 月 日 組合員との続柄 () 印						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 電話番号 印						

- 1 市町村長又は警察署長、消防署長の証明欄は、罹災証明書の添付に代えることができます。
- 2 ※印欄については記入しないでください。

傷病手当金請求書
傷病手当金附加金

所属所受付印

組合員番号	組合員氏名		所属所名・コード・電話番号	
	(フリガナ)		所属所名・コード	コード
			電話番号	
資格取得日 (採用日)	昭和 平成	年 月 日	資格喪失日 (退職日の翌日)	昭和 平成
年金受給の有無	有 ・ 無 ・ 請求中		年金額 (左欄が「有」の場合)	
報酬等	標準報酬月額	円	請求期間に支給 された報酬等の額	円 (内訳は別表のとおり)

請求内容記入欄				
請求期間	平成 年 月 日から 年 月 日まで	傷病名		
		上記傷病の初診年月日 (発病又は負傷の日)	昭和 平成	年 月 日

医師の意見欄	傷病名	☐ 特定疾患 ☐ 結核性疾患		初診日	
	労務不能と 認めた期間	平成 年 月 日から 日まで (☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 自宅療養)			
	期間中における主たる症状 及び経過				
	症状経過からみて労務不能 と認められた医学的所見				
	上記のとおり相違ありません。		病院の所在地		
平成 年 月 日		病院の名称			
		医師の氏名	Ⓜ		
		電 話	－	－	

上記のとおり請求します。		請求者 郵便番号	－	
公立学校共済組合宮崎支部長 殿		住 所		
平成 年 月 日		氏 名	Ⓜ	
		電話番号 自宅	－	－
		携帯	－	－

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。				
平成 年 月 日		所属所		
		所属長		
		職 ・ 氏 名	公印	

共済組合 使用欄	支給日数	支給日額	支給決定額	
			傷病手当金	円
			傷病手当金附加金	円

給与支払額証明書（ 月分）

請 求 者
所属所名 _____
職・氏名 _____
標準報酬月額

--

 円

給与等明細

給料、諸手当	本来支給額	支給実績(割合額)
給料月額(保障額含)	円	円
給料の調整額	円	円
地域手当	円	円
報酬日額計 ア		円
教職調整額	円	円
扶養手当	円	円
住居手当	円	円
管理職手当	円	円
へき地手当	円	円
期末手当	円	円
通勤手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
手当	円	円
報酬日額計 イ		円
合 計	円	円

上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

所属所名 _____
担当者 _____
職 氏 名 _____

㊤

共済組合使用欄

標準報酬日額
標準報酬月額÷22
() ÷ 22
= 円 (a)
手当金日額
(a)×2/3
() × 2/3
= 円 (b)

支給対象日数 (日) (c)

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

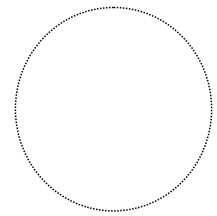
報酬日額
ア 支給実績(割合額)÷要勤務日数
() ÷ ()
= 円 (ア)
イ 支給実績(割合額)÷22
() ÷ 22
= 円 (イ)
報酬日額計=(ア)+(イ)
円 (d)

年金日額
厚生(共済)・基礎÷264
= 円 (e)

控除(有・無) (報酬・年金)
控除額 円 (f)

控除後の支給日額
(b) - (f)
() - ()
= 円 (g)

支給額 (g)×(c)
円 × 日
= 円



出産手当金請求書

所属所受付印

				決定額		円		
所属機関名				氏 名				
所属所コード				組合員証 記号番号		公立 宮崎第 号		
資格取得 年 月 日		昭和 平成 年 月 日		資格喪失 年 月 日		平成 年 月 日		
出 産 年 月 日		平成 年 月 日		給 料	標準報酬等級		第 級	
勤務できなかった 期 間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで						
病 院 又 は 診 療 所 名 及 び 所 在 地					標準報酬月額		円	
出産に関する医師 又は助産婦の証明		出産予定年月日		平成 年 月 日		単胎・多胎の別		単・多
		平成 年 月 日出産（正常・異常）したことを証明します。						
		平成 年 月 日 住 所 医療機関名 氏 名 ㊟						
請 求 期 間		平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで		請 求 金 額		円		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 請求者 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。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 ㊟ (電話番号)								

※44 ページと両面コピーをして使用してください。

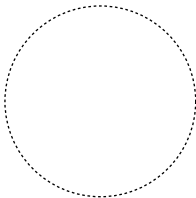
※請求金額は空欄で結構です。

(出産手当金用)

※給料 給料日額 (5円未満の端数は切り捨て、5円以上10円未満は10円に切り上げ) $\div 22 =$ 給料日額 $\times 2/3 \times 1.25 =$ 給料日額 給付日額 $\times =$ 給付日額 支払日数 給付額 $\times =$ 給付額 控除額 給付決定額 $- =$					※今回支給日数 (該当日に○印を付する。)					
					月分					
					曜日	1	8	15	22	29
					曜日	2	9	16	23	30
					曜日	3	10	17	24	31
					曜日	4	11	18	25	
					曜日	5	12	19	26	
					曜日	6	13	20	27	
曜日	7	14	21	28						
※ 支 給 開 始 日			※ 前 回 支 給 日			※ 今 回 支 給 分				
平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで			平成 年 月 日まで				

※印欄は記入しないでください。

休業手当金請求書



所属所受付印

				決定額		円	
所属機関名			氏名				
所属所コード			組合員証 記号番号		公立 宮崎第 号		
勤務できなかった 期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	給 料	標準報酬等級	第 級
勤務できなかった 理由							
請求期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで		標準報酬月額	円
請求金額	円						
根拠規定	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明します。 平成 年 月 日 職名 証明者 氏名 印						
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 請求者 住所 氏名 印							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職氏名 印 (電話番号)							

※46ページと両面コピーをして使用してください。
※請求金額は空欄で結構です。

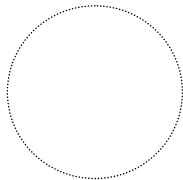
(休業手当金用)

※標準報酬月額 給料日額 (5円未満の端数は切り捨て、5円以上10円未満は10円に切り上げ) $\div 22 =$ 標準報酬日額 給付日額 $\times 2/3 =$ 給付日額 支払日数 給付額 $\times =$ 給付額 控除額 給付決定額 $- =$						※今回支給日数 (該当日に○印を付する。)					
						月分					
						曜日	1	8	15	22	29
						曜日	2	9	16	23	30
						曜日	3	10	17	24	31
						曜日	4	11	18	25	
						曜日	5	12	19	26	
						曜日	6	13	20	27	
曜日	7	14	21	28							
※ 支 給 開 始 日			※ 前 回 支 給 日			※ 今 回 支 給 分					
平成 年 月 日から			平成 年 月 日まで			平成 年 月 日まで					

※印欄は記入しないでください。

育児休業手当金請求書

(新 規)
(変 更)
(再取得)



所属所受付印

所 属 機 関 名		氏 名	
所 属 所 コー ド		組 合 員 証 記 号 番 号	
育 児 休 業 に 係 る 子 の 氏 名 及 び 生 年 月 日	子 の 氏 名	給 料	公 立 宮 崎 第 号
	生 年 月 日		標 準 報 酬 等 級 第 級 標 準 報 酬 月 額 円
(当 初)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
(変 更)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
(再取得)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
育 児 休 業 (当 初)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
手 当 金 (変 更)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
請 求 期 間 (再取得)		平 成 年 月 日 から	平 成 年 月 日 まで
配 偶 者 の 育 児 休 業 取 得 の 有 無		有 ・ 無	
有 の 場 合 の 育 児 休 業 期 間		平 成 年 月 日 から 平 成 年 月 日 まで	
請 求 金 額		月 分	月 分
		円	円
		月 分	月 分
		円	円
地方公務員等共済組合法施行規程第 115 条の 2 の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿			
平 成 年 月 日		住 所 請 求 者 氏 名	印
上 記 の 記 載 事 項 は、事 実 と 相 違 い な い も の と 認 め ま す。			
平 成 年 月 日		所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名	印
		電 話 番 号 ()	

- 1 辞令の写（原本証明）を添付してください。
- 2 育児休業期間を変更（短縮・延長）した場合は、変更の欄に記入してください。
- 3 育児休業を再取得した場合は、再取得の欄に記入してください。
- 4 育児休業手当金の請求期間は、育児休業に係る子の1歳に達する日（1歳の誕生日の前日）までです。なお、父母ともに育児休業を取得する場合は、子が1歳2か月に達する日までの間、1年を超えない範囲（産後休暇含む）です。
- 5 父母ともに育児休業を取得する場合で、父が育児休業手当金を請求する場合は、世帯全員の住民票又は戸籍抄本（請求者と配偶者の続柄が確認できるもの、写しの場合は原本証明）及び配偶者の育児休業に係る辞令の写し又は「配偶者の育児休業に係る証明書」を添付してください。
- 6 必要事項を記入し、所属所長の証明を受けたうえ、共済組合に提出してください。
- 7 請求金額は空欄のままで結構です。

配偶者の育児休業に係る証明書

公立学校共済組合に育児休業手当金を請求するために必要ですので、配偶者の育児休業等について証明して下さるようお願いします。

所 属 所 名
組 合 員 氏 名

印

配偶者(妻)氏名 (生年月日)	(昭・平 年 月 日)	性別	女
当該育児休業に係る子の氏名 (生年月日)	(平成 年 月 日)		
産後休暇期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
育児休業期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
雇 用 保 険 の 被 保 険 者 番 号	(該当者のみ)		

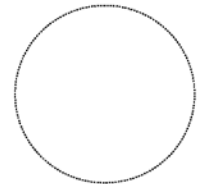
上記のとおり相違ないことを証明します。

勤務先証明欄	平成 年 月 日
	住 所
	勤務先名
	代表者名
	電話番号
	印

配偶者が民間企業等に勤務している場合は、雇用保険の被保険者番号を必ず記入してください。
父が育児休業手当金を請求する場合必要となります。

育児休業手当金請求書

(総務省令該当分)



所属所受付印

					決定額	円
所属機関名				氏 名		
所属所コード				組合員証 記号番号	公立 宮崎第	号
育 児 休 業 に 係る子の氏名 及び生年月日	子の 氏名				給 料	給 号 級 円
	生年 月 日	平成	年	月 日		
育 児 休 業 期 間		平成	年	月 日 から	教 職 調 整 額	円
請 求 期 間		平成	年	月 日 から	給 料 の 調 整 額	円
請 求 額		円			合 計	円
育児休業手当金の 支給延長を請求 する理由 (注1)		1 保育所における保育が実施されないこと 2 養育を予定していた配偶者の死亡 3 養育を予定していた配偶者の負傷・疾病等 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 5 養育を予定していた配偶者の産前産後休暇等				
所 属 所 長 の 証 明	上記請求期間中に育児休業 により勤務しなかった日数		日 (注2)			
	上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日					
	所属所名 所属所長 職 氏 名				印	
電話番号 ()						
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 請求者 住 所 氏 名 印						

① (注1)の理由を確認できる書類を添付し、所属所を経由して、共済組合へ提出してください。

【理由別添付書類】

- 1 入所不承諾通知書など保育所の入所に関する市町村長の証明書
- 2 世帯全員記載の住民票の写し(1歳の誕生日の前日発行分)等及び母子健康手帳の写し
- 3 配偶者の状態についての医師の診断書等及び母子健康手帳の写し
- 4 世帯全員記載の住民票の写し(1歳の誕生日の前日発行分)等及び母子健康手帳の写し
- 5 母子健康手帳の写し

② (注2)の勤務しなかった日数には国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月29日から翌年1月3日までの日を含み、日曜日及び土曜日は除きます。

※ 請求額は空欄で結構です。

育児休業等掛金免除 申出書

組 合 員	氏 名			組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号
	生年月日	年	月 日		
所 属 機 関	所 属 所 名				
	所 在 地				
※ 1 育児休業中の掛金免除申出日				平成	年 月 日
育 児 休 業 等 の 期 間 に 係 る 掛 金 免 除 の 申 出	育児休業等の期間	初 日	平成	年 月 日	
		終了日	平成	年 月 日	
育児休業に係る子の生年月日				平成	年 月 日
根 拠 法 令	地方公務員の育児休業等に関する法律 育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律				
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、育児休業期間等に係る 掛金の免除を申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 様 平成 年 月 日 住所 申出者 氏名 印					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 電話番号 () 印					

※ 1 掛金免除申出日は、育児休業の初日を記入してください。

※ 育児休業の承認請求をする時に提出してください。

(参考に「育児休業承認請求書」または「辞令」の写しを添付してください。)

育児休業等掛金免除 変更 申出書

組合員	氏 名		組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号
	生 年 月 日	年 月 日		
所属機関	所 属 所 名			
	所 在 地			
※ 1 育児休業を開始した日			平成 年 月 日	
※ 1 育児休業中の掛金免除申出日			平成 年 月 日	
育児休業が終了する日		変更前	平成 年 月 日	
		変更後	平成 年 月 日	
育児休業に係る子の生年月日			平成 年 月 日	
地方公務員等共済組合法施行規程 第 1 6 4 条の 3 第 3 項の規定により、 育児休業等の期間に係る掛金免除の変更を申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 様 平成 年 月 日 住所 申出者 氏名 印				
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 電話番号 () 印				

※ 1 当初の申し出日（育児休業に入った日）を記入してください。

※ 参考に「育児休業承認請求書」または「辞令」の写しを添付してください。

標準報酬育児休業等終了時改定申出書

(フリガナ) 申出者氏名	-----		申 出 者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
所 属 所			組 合 員 証 記 号 番 号				
職 名							
育児休業等 承認期間	休業開始日			休業終了日（復職日の前日）			
	平成 年 月 日			平成 年 月 日			
育児休業等 に係る子	(フリガナ) 氏 名	-----			性 別	男 女	
	生年月日	平成 年 月 日					
地方公務員等共済組合法第43条第12項の規定により、育児休業等終了日の翌日が属する月以後3月間に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、標準報酬を改定することの希望を申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 様 平成 年 月 日 住 所 申出者 氏 名 ㊟							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 ㊟							

備考 「育児休業等終了日の翌日が属する月以後3月間」とは、育児休業等終了日の翌日において継続して組合員であった期間に限るものとし、かつ、報酬支払の基礎となった日数が17日未満である月がある場合、その月は育児休業等終了時改定の算定に使用しません。

標準報酬產前產後休業等終了時改定申出書

(フリガナ) 申出者氏名			申 出 者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
所 属 所			組 合 員 証 記 号 番 号				
職 名							
産前産後休業 承認期間	休業開始日			休業終了日（復職日の前日）			
	平成 年 月 日			平成 年 月 日			
産前産後休業 に係る子	(フリガナ) 氏 名				性 別	男 女	
	生年月日	平成 年 月 日					
地方公務員等共済組合法第43条第14項の規定により、産前産後休業等終了日の翌日が属する月以後3月間に受けた報酬の総額をその期間の月数で除して得た額を報酬月額として、標準報酬を改定することの希望を申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 様 平成 年 月 日 住 所 申出者 氏 名 ㊟							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 所属所長 氏 名 ㊟							

備考 「産前産後休業終了日の翌日が属する月以後3月間」とは、産前産後休業終了日の翌日において継続して組合員であった期間に限るものとし、かつ、報酬支払の基礎となった日数が17日未満である月がある場合、その月は産前産後休業終了時改定の算定に使用しません。

所属所受付日欄

3歳未満の子を養育する旨の申出書

※裏面を参照のうえ、ご記入ください。

(フリガナ) 申出者氏名			申 出 者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
所 属 所			組合員証 記号番号	公立 宮崎			
職 名			基礎年金番号				
養育することとなった 日及びその事由 (該当する番号を○で囲ん でください) ※裏面参照	平成 年 月 日		養育することとなった日の属する月の前月に、 他の実施機関 に加入していた場合(注)、該当する番号を○で囲んでください。 (注) 加入していない場合は、当該月前1年以内の直近に加入していた実施機関				
	1 出 生 2 養子縁組 3 同居開始	1 地方公務員共済組合(第3号厚生年金保険) [共済組合名:] 2 国家公務員共済組合(第2号厚生年金保険) 3 日本年金機構(民間企業等)(第1号厚生年金保険) 4 日本私立学校振興・共済事業団(第4号厚生年金保険)					
養育の特例を開始した 日及びその事由 (該当する番号を○で囲ん でください) ※裏面参照	平成 年 月 日		1 出 生 等 2 育休終了 3 産休終了 4 就 職				
養育する ことと なった子	(フリガナ) 氏 名			生年月日	平成	年	月 日
地方公務員等共済組合法、厚生年金保険法の規定による三歳に満たない子を養育する組合員(厚生年金保険の被保険者)等の標準報酬月額の特例を受けるため、上記のとおり申し出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住 所 _____ 申 出 者 _____ 氏 名 _____ (印)							
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 _____ 所属所長 _____ 氏 名 _____ (印)							

【大切なことが書いてありますので、お読みください。】

- 1 3歳未満の子を養育する組合員等の標準報酬月額の特例(以下「**3歳未満養育特例**」といいます。)が適用される期間は、申出をした月より前の月については、申出が行われた月の前月までの2年間となりますので、ご注意ください。
- 2 この申出に基づく3歳未満養育特例は、次のいずれかに該当したときに終了します。これらのうち、①、④、⑤、⑥に該当したときは、すみやかに「**3歳未満の子を養育しない旨の届出書**」をご提出ください。(②、③に該当した場合は届出は不要です。)
 - ① この申出に係る子が死亡したとき、または養育しなくなったとき
 - ② この申出に係る子が3歳に達したとき
 - ③ 公立学校共済組合の組合員の資格を喪失したとき又は死亡したとき
 - ④ この申出に係る子以外の子について3歳未満養育特例の適用を受ける場合、この申出に係る子以外の子を養育することとなったとき
 - ⑤ 掛金等の特例(免除)を受ける育児休業等を開始したとき
 - ⑥ 掛金等の特例(免除)を受ける産前産後休業を開始したとき
- 3 この申出に基づく3歳未満養育特例が終了した後、新たに3歳未満養育特例を開始することになった場合は、再度、当該申出に係る子について、「**3歳未満の子を養育する旨の申出**」を提出してください。

【記入にあたっての留意事項】

「養育することとなった日及びその事由」欄

事 由	記 入 例
子が生まれたことによる場合	「1 出生」を○で囲み、 <u>出生年月日</u> を記入してください。
子と申出者の養子縁組による場合	「2 養子縁組」を○で囲み、 <u>養子縁組を行った日</u> を記入してください。
別居していた子と同居することとなったことによる場合	「3 同居開始」を○で囲み、 <u>同居を開始した日</u> を記入してください。

「養育の特例を開始する日及びその事由」欄

事 由	記 入 例
子が生まれたことによる場合 【男性組合員に限ります】	「1 出生等」を○で囲み、 <u>出生年月日</u> を記入してください。 ※ 3歳未満の子を養育している期間中に次の子が生まれた場合にも同様に記入してください。(併せて前の子に係る「 3歳未満の子を養育しない旨の届出書 」もご提出ください。)
子と申出者の養子縁組による場合	「1 出生等」を○で囲み、 <u>養子縁組を行った日</u> を記入してください。
別居していた子と同居することとなったことによる場合	「1 出生等」を○で囲み、 <u>同居を開始した日</u> を記入してください。
育児休業等(掛金免除)が終了したことによる場合	「2 育休終了」を○で囲み、 <u>育児休業等が終了した日の翌日</u> を記入してください。
産前産後休業(掛金免除)が終了したことによる場合 【女性組合員に限ります】	「3 産休終了」を○で囲み、 <u>産前産後休業が終了した日の翌日</u> を記入してください。
3歳未満の子を有している方が、組合員になった場合	「4 就職」を○で囲み、 <u>組合員となった日</u> を記入してください。

【添付書類】

- 1 戸籍謄(抄)本又は戸籍記載事項証明書(コピー不可)(申出者と子の身分関係及び子の生年月日を証明できるもの)
 - 2 住民票(コピー不可)(申出者と子が同居していることを確認できるもの)
 - ※ 提出日から遡って90日以内に発行されたものをご提出ください。
 - ※ 養育の特例を開始した日に同居が確認できるものをご提出ください。
- (例) 育児休業等が終了した場合は、育児休業等終了年月日の翌日の属する月の初日以後に発行された住民票が必要になります。

3歳未満の子を養育しない旨の届出書

※裏面を参照のうえ、ご記入ください。

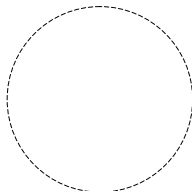
(フリガナ) 申出者氏名		申 出 者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
所 属 所		組合員証 記号番号	公立 宮崎			
職 名		基礎年金番号			—	
養育しないこととなった日及びその事由 ※裏面参照	(該当する番号を○で囲み、カッコ内の日を「養育しないこととなった日」として記入してください。) 平成 年 月 日 1 他の子の養育 (他の子の誕生日) 2 子を養育しなくなった (養育しなくなった日) 3 育児休業等 (掛金免除) の開始 (開始日) 4 産前産後休業 (掛金免除) の開始 (開始日)					
養育しないこととなった子	(フリガナ) 氏 名		生年月日	平成	年	月 日
地方公務員等共済組合法、厚生年金保険法の規定による三歳に満たない子を養育する組合員 (厚生年金保険の被保険者) 等の標準報酬月額の特例の適用が終了したので、上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住 所 _____ 申 出 者 _____ 氏 名 _____ (印)						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 職 名 _____ 所属所長 _____ 氏 名 _____ (印)						

【記入にあたっての留意事項】

「養育しないこととなった日及びその事由」欄

事 由	記 入 例
養育特例の適用中に次の子が生まれた場合 【男性組合員に限ります】	1を○で囲み、次の子の <u>出生年月日</u> を記入してください。
子を養育しなくなった場合 (例) 当該子が死亡したとき 当該子と離縁したとき 当該子と別居したとき	2を○で囲み、 <u>養育しなくなった日</u> を記入してください。
育児休業等(掛金免除)を開始した場合	3を○で囲み、 <u>育児休業等(掛金免除)を開始した日</u> を記入してください。
産前産後休業(掛金免除)を開始した場合 【女性組合員に限ります】	4を○で囲み、 <u>産前産後休業(掛金免除)を開始した日</u> を記入してください。

介護休業手当金請求書



所属所受付印

				決定額	円
所属機関名			氏名		
所属所コード			組合員証 記号番号	公立 宮崎第	号
請求期間	平成 年 月 日から		給料	標準報酬等級 第 級	
	平成 年 月 日まで			標準報酬月額 円	
請求金額	円				
組合員の介護を 必要とする者	住所				
	氏名			組合員との続柄	
所属所長の証明	介護休業又は介護休業 の初日及び末日		初日	平成 年 月 日	
			末日	平成 年 月 日	
	上記のとおり相違ありません。 平成 年 月 日				
	所属所名 所属所長 職氏名 印 (電話番号)				
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 請求者 氏名 印					

※58ページと両面コピーをして使用してください。
※請求金額は空欄で結構です。

給与支給内訳

月分証明書

所属所名

職・氏名

報酬期間 年 月 日 ～ 年 月 日

勤務を要する日数 日

介護休暇取得日数 日

給与減額時間数 時間

勤務1時間当たりの単価 円

標準報酬月額 円

給与支給内訳			
給料計(保障額含む)		教職調整額	
管理職手当		扶養手当	
初任給調整手当		住居手当	
単身赴任手当		通勤手当	
月額特勤手当		その他 ()	
日額特勤手当		その他 ()	
特勤勤務手当		その他 ()	
産業教育手当		減(給)額	
時間外手当			
休日勤務手当			
夜間勤務手当			
宿日直手当			
管理職特別手当			
へき地手当			
特勤勤務手当			
地域手当			
定時制通信教育手当			
義務教育等教員特別手当			

総支給額

上記のとおり支払われたことを証明する。

平成 年 月 日

所属所名

所属所長

職・氏名

印

介護休暇の証明について

このことについて、下記のとおり証明します。

記

- 1 職 名
- 2 氏 名
- 3 休暇の種類 介護休暇
- 4 休暇の内容 全 日
- 5 休暇の期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

所属所名

所属所長

職 氏 名



所属所受付印

災害見舞金 請求書

		災害見舞金	※決定額 円
記 号 番 号	公立宮崎 第 号	組 合 員 氏 名	
標 準 報 酬 月 額	級 級 円	所 属 機 関 名	
市町村長 消防署長又は 警察署長の証明	罹 災 者 氏 名	罹 災 日 年 月 日	平 成 年 月 日
	罹 災 の 場 所		
	罹 災 の 原 因 及 び 状 況		
	損 害 の 程 度		
	上記のとおり証明する。 平成 年 月 日 職 名 証明者 氏 名 印		
請 求 金 額	円 （標準報酬月額 _____ × _____ 月分）		
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住 所 請求者 氏 名 印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 印 電話番号			

- 1 市町村長、消防署長又は警察署長の証明欄は、罹災証明書の添付に代えることができます。
- 2 罹災状況申告書、家財明細書、現場写真を添付してください。
- 3 ※印には記入しないでください。

罹災状況申告書（その１）

[illegible]

罹災状況申告書（その2）

（組合員氏名 _____）

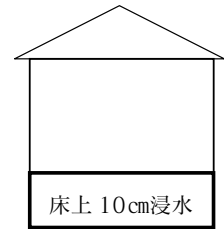
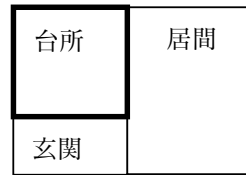
罹災住居の平面図・側面図

（注意事項）

この図は、家財明細書の確認にも使用しますので、全ての部屋に名称を付してください。
被災した部分は朱書きで表示してください。

（設計図等の写しの貼付可）

（例）



家 財 明 細 書 (No.1)

所属	
氏名	

総括表

(円)

明細表	購入価格	被災額
A 車両等明細表		
B 附属設備等明細表		
C 家具・寝具等明細表		
D 家電製品明細表		
E 衣類等明細表		
F その他明細表		
合 計		

記入上の注意

総括表に各明細書の合計額を記入してください。

明細書には、被災の有無に関わらず、全ての家財と購入額を記入してください。

被災したものについては、被災額欄に数量と被災額を記入し、被災していないものは被災欄を空欄または「0」としてください。

家財の種別ごとに記入内容が異なりますので、各明細表の記入方法に従って記入してください。

各明細書には主な品目を記入しておりますが、必要に応じて加除修正して使用してください。

記入上の注意

住宅被害		特記事項
家財被害		
総 合		

家 財 明 細 書 (No.2)

所属	
氏名	

A 車両等明細表（自家用車、バイク等）

記入方法

営業用の車両やトラクター等の農業用車両は対象外です。
 自宅に駐車し住宅やその他の家財と同時に被災した場合には限ります。住居以外の外出先で被災したときは該当しません。
 購入価格欄について、中古車で購入したものは購入時の価格です。（新車価格を記入しないこと。）
 被災額は、修理に要する費用としますが、全損や修理費が購入価格を上回る場合は、購入価格と同額を記入してください。

記入例

ホンダ フィット	平14年	平20年10月	800,000	800,000	全 損
トヨタ アクア	平24年	平24年 8 月	2,700,000	250,000	修 理

記入欄

No.	名称	年式	購入年月	購入価格	被災額	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
小計 A						

B 附属設備等明細表

記入方法

外構、車庫、庭園に関するものは対象外です。
 被災額は、修理に要する費用としますが、全損や修理費が購入価格を超える場合は、購入価格を記入してください。

記入欄

No.	名称	購入価格	被災額	備 考
1	太陽光発電装置			
2	太陽熱温水器			
3	電気温水器			
4				
5				
6				
小計 B				

家 財 明 細 書 (No.3)

所属	
氏名	

C 家具・寝具等明細表

記入方法

学習机や食卓などは椅子とセットで数量1としてください。
同一名称の家具が複数あるときは被災前にその総数を記入し、その内被災した物の数量と額を被災欄に記入してください。

記入例

No.	家具名称	被災前		被災		備考
		数量	購入価格	数量	被災額	
1	ベッド	2	350,000	1	200,000	寝室が焼失、子供室被害なし
2	学習机・椅子	1	70,000	0	0	被害なし

記入例

No.	家具名称	被災前		被災		備考
		数量	購入価格	数量	被災額	
1	和タンス					
2	洋服タンス					
3	整理タンス					
4	ベッド					
5	食卓・椅子					
6	ワゴン					
7	食器棚					
8	サイドボード					
9	本棚					
10	ソファ					
11	テーブル					
12	鏡台・椅子					
13	机・椅子					
14	組布団					
15	掛布団					
16	敷布団					
17	毛布					
18	枕、シーツ類					
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
小計 C						

家 財 明 細 書 (No.4)

所属	
氏名	

D 家電製品等明細表

記入方法

エアコンやテレビなど同一名称の家電製品が複数あるときは被災前にその総数を記入し、その内被災した物の数量と額を被災欄に記入してください。

記入例

No.	家電製品名称	被災前		被災		備考
		数量	購入価格	数量	被災額	
1	エアコン	3	450,000	2	200,000	寝室、居間が焼失、和室被害なし
2	洗濯機	1	70,000	0	0	被害なし

記入例

No.	家電製品名称	被災前		被災		備考
		数量	購入価格	数量	被災額	
1	冷蔵庫					
2	電子レンジ					
3	電気ポット					
4	コーヒーメーカー					
5	炊飯器					
6	エアコン					
7	テレビ					
8	レコーダー					
9	パソコン					
10	プリンター					
11	電話・FAX					
12	除湿器					
13	加湿器					
14	扇風機					
15	掃除機					
16	洗濯機					
17	乾燥機					
18	コタツ					
19	電気カーペット					
20	ファンヒーター・ストーブ					
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
小計 D						

家 財 明 細 書 (No.5)

所属	
氏名	

E 衣類等明細表

記入方法

家族毎に和服・洋服・肌着等について総額を記入してください。
ハンカチ・タオル等についてはその他一式とし、総額記入してください。

記入例

No.	使用者名	購入価格	被災額	備考
1	共済花子分	400,000	350,000	主寝室で焼失
2	その他一式	30,000	30,000	全て焼失

記入例

No.	使用者名	購入価格	被災額	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7	その他一式			
小計 E				

F その他明細表

記入方法

A～Eの明細書に含まれないものを記入してください。
食料品や洗剤等の消耗品は含みません。

記入例

No.	使用者名	購入価格	被災額	備考
1	食器一式	400,000	350,000	食堂が焼失
2				

記入例

No.	使用者名	購入価格	被災額	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
小計 F				

