

福利厚生事務の手引

【様 式 集】

平成 30 年 7 月



公立学校共済組合宮崎支部
宮崎県教育庁財務福利課

組合員・被扶養者 資格関係

組合員 船員組合員	資格取得届書(兼口座登録申出書)	施行規程様式第13号	1
組合員転入届書		運営規則様式第2号	2
組合員転出届書		運営規則様式第3号	3
年金加入期間等報告書		施行規程様式第91条関係	4
国民年金第3号被保険者関係届			5
国民年金第3号被保険者住所変更届	(同一市区町村内) (同一市区町村外)		6
組合員証 組合員被扶養者証 船員組合員証 船員組合員被扶養者証 任意継続組合員証 任意継続組合員被扶養者証 高齢受給者証 特定疾病療養受療証 標準負担額減額認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証	記載事項変更申告書	運営規則様式第4号	7
組合員等住所変更届			8
組合員個人口座登録申出書			9
組合員証 組合員被扶養者証 船員組合員証 船員組合員被扶養者証 任意継続組合員証 任意継続組合員被扶養者証 高齢受給者証 特定疾患療養受療証 標準負担額減額認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証	再交付申請書	施行規程様式第16号	10
被扶養者 認定 取消 申告書		施行規程様式第15号	11
扶養申立書			12
雇用・給与支払(見込み)証明書			13
扶養親族証明申請書			14
個人番号記入様式			15

短期給付関係

療育費 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	支部様式(短)第1号	16
17	診療報酬領収済明細書	施行規程様式第27号	17
18	診療内容明細書(様式A)		18
19	邦訳(様式A)		19
20	歯科診療内容明細書(様式C)		20
21	邦訳(様式C)		21
22	領収明細書(様式B)		22
23	邦訳(様式B)		23
24	同意書		24
25	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
26	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		27
27	公立学校共済組合限度額適用認定申請書		29
28	標準負担額、限度額適用・標準負担額減額認定申請書	運営規則様式第9号	30
29	特定疾病療養認定申請書		31
30	重度心身障害者(児)医療費受給資格者届出書		32
31	ひとり親家庭医療費助成事業該当世帯届出書		33
32	出産費・同附加金 家族出産費・同附加金	請求書(直接支払制度適用者用)	支部様式(短)第2-1号 34
33	出産費・同附加金 家族出産費・同附加金	請求書	支部様式(短)第2-2号 35
34	産前産後休業掛金免除(変更)申出書		36
35	産前産後休業掛金免除に係る出産日連絡票		37
36	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	支部様式(短)第3号 38
37	弔慰金 家族弔慰金	請求書	支部様式(短)第5-1号 39
38	傷病手当金 傷病手当金附加金	請求書	傷病手当金(様式2-1) 40
39	給与支払額証明書(月分)	傷病手当金(様式2-2)	41
40	出産手当金請求書		42
41	休業手当金請求書		44
42	育児休業手当金請求書		46
43	配偶者の育児休業に係る証明書		47
44	育児休業手当金請求書(総務省令該当分)		48
45	育児休業等掛金免除 申出書		49
46	育児休業等掛金免除 変更申出書		50

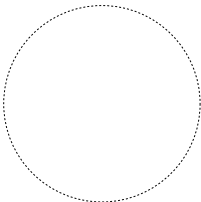
47	標準報酬育児休業等終了時改定申出書	51
48	標準報酬産前産後休業終了時改定申出書	52
49	3歳未満の子を養育する旨の申出書	53
50	3歳未満の子を養育しない旨の届出書	55
51	介護休業手当金請求書	57
52	給与支給内訳 証明書	58
53	介護休暇の証明について	59
54	災害見舞金請求書	支部様式(短)第5-2号 60
55	罹災状況申告書(その1)	61
56	罹災状況申告書(その2)	62
57	家財明細書(No.1)	63
58	家財明細書(No.2)	64
59	家財明細書(No.3)	65
60	家財明細書(No.4)	66
61	家財明細書(No.5)	67

第3者加害関係

62	事故報告書	支部様式1 68
63	事故発生状況報告書	支部様式2 69
64	損害賠償申告書	施行規程様式第21号 70
65	自動車損害賠償責任保険等の加入状況報告書	支部様式3 71
66	同意書	72

貸付関係

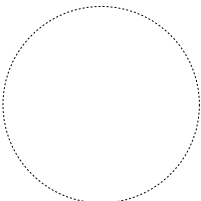
67	借入状況等申告書	別紙1 73
68	貸付事業における個人情報に関する同意書	別紙2 75
69	住宅新築工事に係る誓約書	別紙3 76
70	住宅建築に関する工事承諾書	別紙4 77
71	在宅介護対応住宅の新築等に係る申立書	様式第17号 78
72	完了報告書(提出用)	様式第6号 79
73	完了遅延報告書	様式第6号-1 80
74	高額医療貸付金控除依頼書	様式第7号 81
75	出産貸付金控除依頼書	様式第7号の2 82
76	一部繰上償還申出書	様式第1号 83
77	全額繰上償還申出書	様式第2号 84
78	償還猶予申出書	様式第3号 85
79	毎月償還申出書	様式第3号-1 86
80	貸付金控除依頼書	様式第19号 87
81	未償還貸付元利金の控除に関する承諾書	様式第16号 88



所属所受付印

組合員 資格取得届書
船員組合員
(兼口座登録申出書)

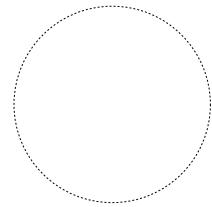
所属機関名				フリガナ	
所属所コード番号	第 号	職 名		氏 名	
				職員番号	第 号
現 住 所	〒		生年月日及び性別	昭和 年 月 日 男 平成 年 月 日 女	
資格取得前に所属していた組合名			資格取得年月日	平成 年 月 日	
			基礎年金番号		
短期給付金受取口座	宮 崎 銀 行	コード	0 1 8 4	種 別	口座番号（右詰め）
	支 店	コード		普 通	
	フ リ ガ ナ				
	口 座 名 義				
組 合 員 上記のとおり 船員組合員 の資格を取得しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 氏 名 印					
上記の記載事項は、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)					



所属所受付印

組合員転入届書

所属機関名		氏 名	
所属所 コード番号	第 号	職員番号	第 号
生年月日	昭和 平成 年 月 日	基礎年金番号	
も 関 と す の る 組 合 事 項 に 関 する 事 項	所 属 組 合 及 び 支 部 名	共 済 組 合 支 部	
	組 合 員 資 格 取 得 （ 就 職 ） の 年 月 日	昭 ・ 平 年 月 日	
	組 合 員 資 格 喪 失 （ 転 出 ） の 年 月 日	平 成 年 月 日	
当組合に 関する事項	組 合 員 資 格 取 得 （ 転 入 ） の 年 月 日	平 成 年 月 日	
上記のとおり組合に転入しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 職 名 届出者名 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)			



所属所受付印

組 合 員 転 出 届 書

組 合 員 氏 名			
職 員 番 号		第 号	
生 年 月 日		昭・平 年 月 日	
も 関 と す の 組 合 事 に 項	組 合 員 資 格 取 得 (就 職) の 年 月 日		昭・平 年 月 日
	組 合 員 資 格 喪 失 (転 出) の 年 月 日		平 成 年 月 日
	所 属 機 関 名		
新 関 た す な る 組 合 事 に 項	所 属 組 合 及 び 支 部 名		共 済 組 合 支 部
	組 合 員 資 格 取 得 (転 入) の 年 月 日		平 成 年 月 日
	所 属 機 関	名 称	
		所 在 地	
上記のとおり組合に転出しましたので届け出ます。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 職 名 届出者名 氏 名 ㊟			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 平成 年 月 日 所属所名 所属所長 職 氏 名 ㊟ (電話番号)			

※ 元の所属所で証明してください。

年金加入期間等報告書

所属機関名				氏 名				
所属所 コード番号		第 号		職員番号		第 号		
生年月日		昭和 平成 年 月 日		基礎年金番号				
年金 加入 期間	年金制度		資格取得年月日		退職年月日		勤務先等	
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	ア 国民年金 イ 厚生年金 (一般) ウ 厚生年金 (国家公務員共済) エ 厚生年金 (地方公務員共済) オ 厚生年金 (私学共済) カ その他		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	離婚時みなし被保険者期間		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日			
	被扶養配偶者みなし被保険者期間		平成 年 月 日		平成 年 月 日			
年金未加入期間等		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日				
		昭・平 年 月 日		昭・平 年 月 日				
私の年金加入期間等は上記のとおりでありますから、報告します。								
公立学校共済組合 宮 崎 支部長 殿								
平成 年 月 日								
〒								
住 所								
組合員 氏 名								
㊞								

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



提出者情報	届出記入の個人番号（基礎年金番号）に誤りがないことを確認しました。 〒 ー	日本年金機構
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名 (印)	
	電話番号 ()	
	事業主等 受付年月日 平成 年 月 日	
		社会保険労務士記載欄
		氏名等 (印)

A. 配偶者欄 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1.男性 2.女性
			7. 平成			
	④ 基礎年金番号 (個人番号)					
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) 〒 ー 都道府県				

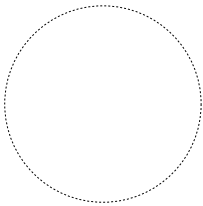
届出内容に応じて、該当・非該当（変更）のいずれかを○で囲み、記入してください。

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 平成 年 月 日		② 生年月日	5. 昭和 年 月 日	③ 性別	1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)
		日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏 名)		④ 基礎年金番号 (個人番号)			
		※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		⑤ 外国籍	⑥ 外国人 通称名		
	⑦ 住所	同居 別居	〒 ー	⑧ 電話番号	1.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 ()		
		※同居の場合も住民票の住所を記入してください。					
	⑨ 該当 第3号被保険者 になった日	7. 平成 年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		⑭ 備考	
⑪ 配偶者の 加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団						
⑫ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(平成 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()				

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※届書記載の配偶者が協会けんぽ加入者の場合は、確認不要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 平成 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 ー
	名 称	
	代表者 等氏名	(印)
	電 話	()

組合員証
組合員被扶養者証
船員組合員証
船員組合員被扶養者証
任意継続組合員証
任意継続組合員被扶養者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証
標準負担額減額認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

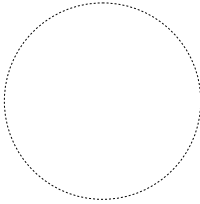


所属所受付印

記載事項変更申告書

組合員証	公立宮崎	組合員氏名			所属機関名	所属所番号	第 号
記号番号	第 号	生年月日	昭和 年 月 日	平成			
申告書提出の理由			変更事項				
			旧		新		
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 フリガナ 申告者氏名 印							
この申告書は、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							

組合員等住所変更届



所属所受付印

組合員氏名		所 属 名			
組合員証 記 号 番 号		公 立 宮 崎 第 号		所 属 コー ド	
	氏	名	続 柄	住所変更の有無 (どちらかに○)	新郵便番号
組合員			本 人	無 ・ 有	
被 扶 養 者				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
				無 ・ 有	
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 届 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 長 所 属 所 名 印 職 氏 名 (電話番号)					
※ この変更届は、組合員または被扶養者に住民票上の異動があった場合に提出してください。 ※ 氏名及び続柄欄については、転居の有無に関わらず組合員及び被扶養者全員分を記入し、住所変更の対象者のみ新住所等を記入してください。 ※ 60 歳未満の被扶養配偶者が転居された場合は、「国民年金被保険者住所変更届」も提出してください。					

＜提出用＞

《組合員個人口座登録申出書》

所属機関名	
所属コード (数字の5桁)	

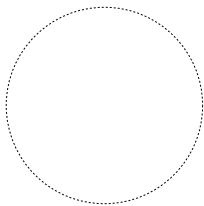
平成 年 月 日 提出

氏名 組合員コード	銀行コード	店舗 コード	口座 番号 (右詰め)	口座名義人 (左詰めカナ)		本人 確認印	備考
				姓	名		
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					
	0184	1					

※ 短期給付金の指定金融機関は、手数料の関係により、『宮崎銀行』 でお願ひします。

組合員証
組合員扶養者証
船員組合員証
船員組合員被扶養者証
任意継続組合員証
任意継続組合員被扶養者証
高齢受給者証
特定疾病療養受療証
標準負担額減額認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

再交付申請書

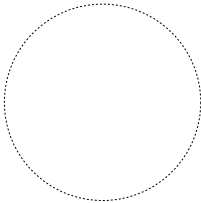


所属所受付印

組合員証 記号番号	公立宮崎	組合員氏名		昭和 平成	年	月	日	所属機関名 所属所番号	第	号
	第	号	生年 月日							
再交付申請 の理由 (具体的に詳しく 記入してください)										
被扶養者氏名	続柄	住所				生年月日				
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 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. 被扶養者の欄については、再交付が必要な分のみを記入してください。
- 2. 汚損等による再交付の場合は、その組合員証等を添付してください。

被扶養者認定消申告書



所属所受付印

氏名						所属機関名					
組合員証 記号番号		公立 宮崎第 号				所属所コード					
生年月日		昭・平 年 月 日				標準報酬月額		等級 円			
認定(取消)を 受けようとする 者の氏名 ふりがな	性別	生年	職	年間 所得 推計額	同居 別居 の別	住所 (住民票上)	扶養手 当受給 の有無	給与 事務 担当者 証明印	被扶養者の要件を 備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※ 判定 及び 理由	
	続柄	月日	業								
配偶者の認定を受けようとする 配偶者の基礎年金番号							—				
上記のとおり申告します。 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 平成 年 月 日 住所 申告者 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 所属所長 所属所名 職氏名 (印) (電話番号)											

1 続柄は長男・長女等で記入してください。
2 年間所得推計額は、その者の恒久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 扶養事実の発生（消滅）の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
4 扶養手当の支給を受けている者について認定を受けようとするときは、給与事務担当者の証明印を受けてから提出してください。
5 ※印欄は記入しないでください。

扶 養 申 立 書

扶養しようとする親族	氏 名	続 柄	生 年 月 日		住 所		
	年 収 ・ 現 職 (又は前職) 年金、雇用保険受給等の有無						
上記親族との同居者	氏 名	続 柄	生 年 月 日		年 収 入	備 考	
扶養を必要とする理由							
	別居の場合の援助（生活費等） 予定年額 円						
他の扶養義務者の状況	氏 名	続 柄	同 別	勤 務 先	年 収	家族数	送金等の状況
その他参考事項	(他の扶養義務者が扶養できない理由等)						
上記のとおり申立てます。 平成 年 月 日 所属所名 氏 名 印							

雇用・給与支払（見込み）証明書

申請人 住 所
氏 名

印

私の雇用、及び給与について証明願います。

雇用種別	正職員 臨時職員 アルバイト パート その他（ ）		
雇用期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
	現契約期間後の雇用予定 有 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 無 ・ 未定		
勤務時間	1日 時間 ・ 不定（定めが無い場合は不定に○をしてください）		
勤務日数	月平均 日 ・ 不定（定めが無い場合は不定に○をしてください）		
給 与	時給 ・ 日給 ・ 月給 円		
給与支払日	日 締め、 当月・翌月 日 支払		
社会保険・厚生年金	有（資格取得日 年 月 日） ・ 無		
給与支払（見込）額			
支払月	給料（賃金）	手当等	総支給額
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
平成 年 月			
賞与 月			
賞与 月			
合 計			

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日
住所
事業所名
代表者名

印

扶 養 親 族 証 明 申 請 書

所 属 所 名			
申 告 者 氏 名		生年月日	
扶養親族の氏名			
性 別 ・ 続 柄			
生 年 月 日			
申 告 年 月 日			

上記の者は所得税法第2条に規定する扶養控除を受けるべき扶養親族として
申告されていることをご証明願います。

平成 年 月 日

殿

住 所

申請者

氏 名 ㊟

上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所属所名

所属所長

職 氏 名 ㊟

個人番号記入様式

組合員 本人	組合員番号	記号		公立宮崎		番号							
	個人番号※1※2												
	氏名												
	住民票住所												
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女					

被扶養者 ①	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ②	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ③	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

被扶養者 ④	個人番号※1											
	氏 名											
	生年月日・性別	昭和・平成 年 月 日						男 ・ 女				

※1：通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号（12桁）をご記入ください。

※2：被扶養者のみの報告の際は、本人の個人番号は記入不要です。

(個人番号の利用目的について)

当組合は番号法別表第 1 の 24 の項に規定する「厚生年金保険法による年金である保険給付若しくは一時金の支給又は保険料その他徴収金の徴収に関する事務」及び 39 の項に規定する「地方公務員等共済組合法による短期給付若しくは年金である給付の支給若しくは福祉事業の実施又は地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法による年金である給付の支給に関する事務」のために個人番号を利用します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

組合員氏名

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

所属コード

()

所属所長

職・氏名

印

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		初診		年 月 日		開始		年 月 日		日数		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																	
		外 用		回								円																	
注射料		(皮) (筋)		回								円																	
		(静) (動)		回								円																	
		の 別 を 記 入		回								円																	
処置料		処 置 名		回								円																	
				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 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 _____

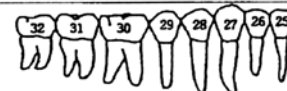
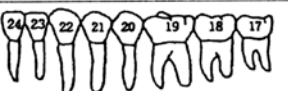
Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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) (RIGHT) 																(RIGHT) 					 (LEFT)				
(Lower) (RIGHT) 																(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	\$	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)

(別添様式例 1)

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

申請対象年度		平成	年度	計算期間の始期及び終期		年	月	日から	年	月	日まで	支給申請書整理番号 (組合記入欄)		添付の自己負担額証明書整理番号																	
フリガナ														添付の自己負担額証明書整理番号																	
申請者氏名						保険者名		加入期間		年		月	日から	年		月	日まで														
生年月日		年	月	日	生	性別	店		店		店		店		店		店														
組合員証の記号・番号						年		月	日から	年	月	日まで	※1		年		月	日から	年	月	日まで										
加入期間						年		月	日から	年	月	日まで	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2		店		店		店		店										
振込口座 記入欄		銀行 信用金庫 信用組合				金 融 機 関 コ ー ド		店 本 支 出 張 所		店		店		店		店		店		店											
口座振込														店		店		店		店											
フリガナ														添付の自己負担額証明書整理番号																	
被扶養者氏名						保険者名		加入期間		年		月	日から	年		月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで							
生年月日		年	月	日	生	性別	年		月	日から	年	月	日まで	※3		年		月	日から	年	月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで		
加入期間						年		月	日から	年	月	日まで	※3		年		月	日から	年	月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで			
フリガナ														添付の自己負担額証明書整理番号																	
被扶養者氏名						保険者名		加入期間		年		月	日から	年		月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで
生年月日		年	月	日	生	性別	年		月	日から	年	月	日まで	※3		年		月	日から	年	月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで		
加入期間						年		月	日から	年	月	日まで	※3		年		月	日から	年	月	日まで	年		月	日から	年	月	日まで			
備考																															
公立学校共済組合宮崎支部長 殿																															
① 外来年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付申請を行います。 ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。 外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。														郵便番号 住所 申請者氏名 電話番号		印															

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 ㊟ 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 組 合
番 号 記 号

号

組合員氏名

日



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

〒

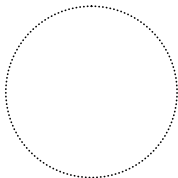
住所

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

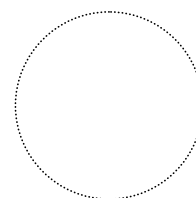
担当者氏名

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・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 印 平成 年 月 日 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。 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
				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

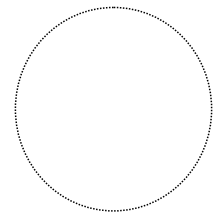
(b) - (f)

() - ()
= 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		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		給			
病 院 又 は 診 療 所 名 及 び 所 在 地				料		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。

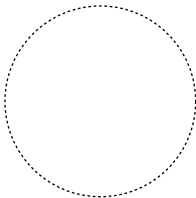
※請求金額は空欄で結構です。

(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。

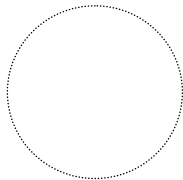
(休業手当金用)

※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)		

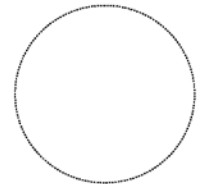
上記のとおり相違ないことを証明します。

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 平成	年	月 日まで
請 求 期 間		平成	年	月 日から 平成	年	月 日まで
請 求 額					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						

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 ㊟					
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 ()					

※ 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 to 「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。

標準報酬産前産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			一	
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。

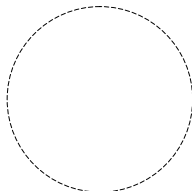
(フリガナ) 申出者氏名		申 出 者 生年月日	昭和 平成	年	月	日
所 属 所		組合員証 記号番号	公立 宮崎			
職 名		基礎年金番号			—	
養育しないこととなった日及びその事由 ※裏面参照	(該当する番号を○で囲み、カッコ内の日を「養育しないこととなった日」として記入してください。) 平成 年 月 日 1 他の子の養育 (他の子の誕生日) 2 子を養育しなくなった (養育しなくなった日) 3 育児休業等 (掛金免除) の開始 (開始日) 4 産前産後休業 (掛金免除) の開始 (開始日)					
養育しないこととなった子	(フリガナ) 氏 名		生年月日	平成	年	月 日
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 _____）

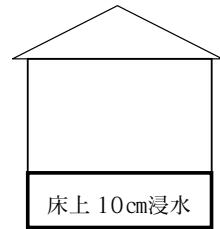
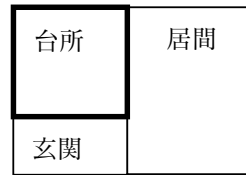
罹災住居の平面図・側面図

（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				

(支部様式1)

事 故 報 告 書

組 合 員 証 号	公立 宮崎 第 号	所 属 所 名			
組 合 員 氏 名		療 養 者 氏 名		続柄	
事 故 発 生 場 所		事故発生年月日	平成 年 月 日		
組 合 員 証 の 使 用	1. 使用した 2. 使用しない (加害者負担) 3. その他				
	その他とは				
療養経過 現在の療養経過と 今後の療養見込期 間を記入のこと	傷病名		療養見込期間		
	療 養 経 過				
医 療 機 関 に つ い て	最初に治療を受けた医療機関	名 称		初診年月日	平成 年 月 日
		所在地		入院 外来 の別	1.入院 2.外来
	その後転医した医療機関	名 称		初診年月日	平成 年 月 日
		所在地		入院 外来 の別	1.入院 2.外来
加 害 者	住 所		1. 当傷病は公務外である 2. 当傷病は公務上である ① 未申請 ② 申請中 ③ 認定済 ○印のこと		
	氏 名				
加害者より賠償を受けた内容内訳	円				
以上のとおり報告します。 平成 年 月 日 公立学校共済組合 宮 崎 支 部 長 殿 組合員氏名 ㊟					
上記の記載事項は事実と相違ないことを認めます。 平成 年 月 日 公立学校共済組合 宮 崎 支 部 長 殿 所属所長 所属所名 職 氏 名 印 (電話番号)					

(支部様式2)

事故発生状況報告書

組合員証 記号番号		公立宮崎 第 号		当 事 者	甲 (加害運転者)	氏名 (電話)	
自動車の番号		甲 乙			乙 (被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗 歩行・その他
天 候	晴 ・ 曇 ・ 雨		交通状況	混雑 ・ 普通		明暗	昼間 ・ 夜間 ・ 明け方 ・ 夕方
速 度		・ 甲車両 km/h (制限速度 km/h) ・ 乙車両 km/h (制限速度 km/h)					
事故現場における自動車と被害者との状況を図示してください。		事故発生状況略図 (通路幅をmで記入してください)					
		 相 手 車  自 車  進 行 方 向  信 号  一 時 停 止  人 間  } 自 転 車  } オ ー ト バ イ					
上記図の説明を 書いてください。							

別紙交通事故証明に補足して上記のとおり報告します。

平成 年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()



損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 証 記 号 番 号	公立宮崎 第 号	所 属 所 名			
組 合 員 氏 名		被害者氏名	性別 男・女 続柄		
加 害 者 氏 名 及 び 住 所			事故発生 年 月 日	平成 年 月 日	
事故発生状況					
被害の状況及 びその見積書			加害者から受 けた損害賠償		
上記のとおり申告します。 平成 年 月 日 公立学校共済組合宮崎支部長 殿 住 所 申 請 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 所属所名 所属所長 職 氏 名 ㊟					

1. 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは理由を付してその旨を記入してください。
2. 事故発生状況及び加害者から受けた損害賠償についてはできるだけ具体的に詳しく書いてください。

(支部様式3)

自動車損害賠償責任保険等の加入状況報告書

加害者の	保険会社名		被害者の	保険会社名	
	証明書番号			証明書番号	
	保険契約者			保険契約者	
	(保険契約期間) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで			(保険契約期間) 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
	(住所)			(住所)	
	(氏名)			(氏名)	
	(勤務先)			(勤務先)	
	(勤務先電話番号) 又は自宅電話番号 ・(勤務先) ・(自宅)			(勤務先電話番号) 又は自宅電話番号 ・(勤務先) ・(自宅)	
	【保険会社への連絡先・担当者等】 ・会社名 ・電 話 ・担当者			【保険会社への連絡先・担当者等】 ・会社名 ・電 話 ・担当者	
事故発生年月日		平成 年 月 日 (午前・午後 時 分頃)			
事故発生場所					

☆ 任意保険に加入している場合は、下記欄にも記入ください。

自動車任意保険について			
加害者の	◆保険会社名 ()	被害者の	◆保険会社名 ()
	◆保険会社住所・電話番号等 ・住所 ・電話番号		◆保険会社住所・電話番号等 ・住所 ・電話番号 ・担当者名
	◆証書番号 ()		◆証書番号 ()

同意書

私は、下記の交通事故による被害の治療等に際し、組合員証（被扶養者証）を使用したことにより公立学校共済組合宮崎支部が給付した保健給付等について、地方公務員共済組合法第 50 号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及び、求償に伴い損害保険会社（J A 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）等を提供することに同意します。

記

1 事故発生日 平成 年 月 日

2 療養者 氏名 (組合員との続柄)
(組合員証等記号番号 公立宮崎第 号)

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

組合員氏名

㊞

(別紙 1)

借入状況等申告書

公立学校共済組合 宮崎 支部長殿

平成 年 月 日

申 込 人	所属所名	TEL	
	職 名	フリガナ	
		氏 名	㊟

※必ず本人が署名・押印してください。

※印鑑は、貸付申込書に押印されるものと同じものをご使用ください。

次の内容に相違ありません。

この申告書の内容や他の添付書類に虚偽の記載がある場合、貸付事故（貸倒れ）が発生した場合、その他貸付規程に違反した場合、公立学校共済組合が当該事実を借受人が所属する所属所の所属所長に通知することに同意します。

<当共済組合の借入状況>

(単位：円)

貸付種別	区 分	1 回当たり償還額 (毎月償還)	1 回当たり償還額 (ボーナス償還)
一般貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
特別貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
住宅貸付け(介護除く)	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
住宅災害貸付け(介護除く)	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
介護構造部分の貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
教育貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
災害貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
医療貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
結婚貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
葬祭貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
特例住宅災害貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
特例の概住宅貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
特例の概住宅災害貸付け	新規 ・ 借替え ・ 償還中		
合 計		(A)	(B)

注意 1 「区分」欄は、該当するものを○で囲んでください。

2 「1 回当たりの償還額」欄には、借替えの場合は借替え後の 1 回当たり償還額を記入してください。

3 住宅火災貸付のうち元金の償還が猶予されている貸付けに係るものは記入する必要はありません。

4 育休等猶予中の方は、猶予されてる 1 回当たり償還額を記入してください。

5 育休等猶予金の倍返しを行っている方については、倍返しの部分を含めないで記入してください。詳しくは支部に確認してください。

<当共済組合以外の借入状況>

(単位:円)

借入先	借入区分	借入年月日	当初借入金額	償還年額
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
	新規借入	年 月 日		
	既 借 入	年 月 日		
合 計				(C)

(注) 1 「借入先」欄には、借入先の銀行名、消費者金融名、団体名等、金融機関等の名称を記入してください。

<金融機関等の例>

銀行、保険会社、信販会社、農林中央金庫、商工組合中央金庫、信用金庫、労働金庫、労働金庫連合会、信用協同組合、消費者金融、住宅金融公庫、都市再生機構、雇用・能力開発機構、沖縄振興開発金融公庫及び地方公共団体による住宅融資等、都道府県互助会等、個人、その他借入を受けている一切の団体等

※クレジットカードの一括払いによる支払いは除く。

- 2 「新規借入」の「償還年額」欄には、当共済組合への貸付申込日後に借入れる予定の借入金に係るもので、当共済組合への貸付申込日の属する月の初日から1年間の「借入先」欄に記載する金融機関等へ返済する金額（ボーナス償還分を含む）を記入してください。（例：4月20日に当共済組合に貸付けを申し込む場合は、4月1日～翌年3月31日までに返済する金額）
- 3 「既借入」の「償還年額」欄には、当共済組合への貸付申込日以前に借入れた借入金に係るもので、当共済組合への貸付申込日の属する月の初日から1年間の「借入先」欄に記載する金融機関等へ返済する金額（ボーナス償還分を含む）を記入してください。（例：4月20日に当共済組合に貸付けを申し込む場合は、4月1日～翌年3月31日までに返済する金額）

<申込人の給料月額>

(D)	円
-----	---

(注) 貸付申込書に記入した給料月額を記入してください。

<償還限度額の算出>

(A)×12	(B)×2	(C)	左の合計	≤	(D)×4.8

※この算式どおりにならない場合、貸付申込みを受け付けることはできません。

(別紙 2)

貸付事業における個人情報に関する同意書

本同意書は、署名、押印のうえ貸付申込書と同時に提出してください。

ご提出いただけない場合は、貸付申込を受付することができません。

貸付事業における個人情報に関する同意書

貴共済組合への貸付けの申込みにあたって、個人情報を下記「貸付事業における個人情報の取扱いについて」のとおり取り扱うことに同意します。

貸 付 種 別	
貸付申込金額	円
貸付申込年月日	平成 年 月 日

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

(同意者)

借 受 人	所 属 所 名		
	現 住 所	〒	
	職 名	フリガナ	
		氏 名	印

※必ず本人が署名・押印してください。
※印鑑は、貸付申込書に押印されるものと同じものをご使用ください。

《貸付事業における個人情報の取扱いについて》

1 個人情報の利用目的

公立学校共済組合は、貸付けを受ける組合員の皆様の個人情報を、次の利用目的の達成に必要な範囲内で利用します。

○貸付けの審査・決定、償還管理等

2 個人情報の第三者提供

公立学校共済組合は、貸付けを受ける組合員の皆様の個人情報を、下記により第三者に提供します。

○貸付金を借受人口座への送金を金融機関へ依頼するとき等

※詳細は、平成 17 年 6 月 30 日付け公立宮崎第 165 号を参照ください。

(別紙 3)

住宅新築工事に係る誓約書

平成 年 月 日

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

所属所名

現住所

氏名



私は、このたび敷地購入で住宅貸付を申し込みましたが、公立学校共済組合貸付規程に基づく住宅貸付が決定された場合は、貸付を受けた日から5年以内に下記の敷地に自己の用に共する住宅を建築することを誓約します。

なお、公立学校共済組合貸付規程に反した場合は、即時償還することに依存ありません。

記

土地の表示（登記簿上）

所在地 _____

地 積 _____ 平方メートル

(別紙 4)

住宅建築に関する工事承諾書

平成 年 月 日

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

住所

氏名

印

続柄

私は、下記表示の(土地・建物)に()が、住宅を
(新築・増改築・修理)することを承諾いたします。

記

1 土地建物の所在地

2 地 積

_____ 平方メートル

3 建物の構造及び地積

_____ 造 階建 面積 m²

在宅介護対応住宅の新築等に係る申立書

申 込 番 号	所 属 コ ー ド	職 員 番 号
第 号		

1. 介護構造工事の内容

2. 介護構造工事に係る見積り額 _____ 円

公立学校共済組合貸付規程第8条第4項の規定する在宅介護対応住宅の新築等に係る貸付けの限度額の加算部分の借受けに当たり、上記のとおり申し立てます。

公立学校共済組合 宮崎 支部長 殿

平成 年 月 日

申 出 者	所属所名	Tel
	現 住 所	Tel
	職 名	
	氏 名	印

(様式第 6 号)

完了報告書（提出用）

平成 年 月 日

公立学校共済組合 宮 崎 支部長 殿

下記のとおり貸付申込事由の新築等が完了したので、公立学校共済組合貸付規程第 12 条の規定により、必要書類を添えて報告します。

記

- 1 物件の所在地 _____
- 2 物件の概要

住 宅 ： 構造_____ 階建_____ 延床面積_____ m²

敷 地 ： 地目_____ 面積_____ m²
- 3 完了（購入）年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 4 登録名義人（申込時の登記予定者を記入し、組合員との続柄をカッコ書きすること。）

共済区分	カードNo.	職員番号	種別	貸付番号	事由	完了種別	完了年月日			
						住宅				

貸付年月日	貸付金額	借受人氏名	完 了 予 定	
平成 年 月 日			敷地	
			住宅	

所属所

氏 名 ㊦

添 付 書 類		住宅新築 増改移築 倉庫等理 戸建購入 購マンション 住宅借入 更地購入 底地購入 更地借入 底地借入 敷地補修 購住宅のみ 返他共済												
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
申 込 事 由 （＊印該当欄）														
必 要 書 類	建物登記簿謄本・抄本の 原本又は登記済証 （権利証）の写し	謄本												
		抄本												
	土地登記簿謄本の原本 又は登記済証の写し													
	領収書の写し													

（注）登記簿謄本又は抄本とあるのは、登記事項証明書（全部）でも可。

完了遅延報告書

平成 年 月 日

公立学校共済組合 宮 崎 支部長 殿

所 属 名 _____

職・氏名 _____ ㊟

現 住 所 _____

下記の理由等により工事・購入が遅延しておりますので報告します。

記

貸付年月日	平成 年 月 日	貸付番号	
当初予定していた工事完了年月日 (貸付申込書に記入した予定年月日)		平成 年 月 日	
遅延後の工事完了予定年月日 (完了報告予定年月日)		平成 年 月 日	
(遅延理由及び今後の見通し)			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

高額医療貸付金控除依頼書

平成 年 月 日付で借り受けた高額医療貸付金の償還は公立学校共済組合から支給される高額医療費から貸付金に相当する金額を控除されることにより行うこととしましたが、高額療養費の額が貸付金の額に満たないため、その差額に相当する金額を高額療養費に係る一部負担金払戻金又は家族療養附加金から控除してください。

公立学校共済組合 宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

借 受 人	組 合 員	所属コード _____
		所属名 _____
	組合員証記号番号 公立宮崎	
	現 住 所	〒 _____
		住所 _____
職 名	職員コード _____	
	組合員氏名 _____ ㊞	

出産貸付金控除依頼書

平成 年 月 日付けで借り受けた出産貸付金の償還は公立学校共済組合から支給される出産費又は家族出産費から貸付金に相当する金額を控除されることにより行うこととしましたが、出産費又は家族出産費の額が貸付金の額に満たないため、その差額に相当する金額を出産費附加金又は家族出産費附加金から控除してください。

公立学校共済組合 宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

借 受 人	組 合 員 又 は 任意継続組合員	所 属 所 名		(TEL)
		組 合 員 証 又 は 任意継続組合員証 記 号 番 号		
	現 住 所	〒 (TEL)		
	職 名	フリガナ		
		氏 名	㊞	

一部繰上償還申出書

貸付種別	貸付番号	区 分	未償還元金	一部繰上償還額	一部繰上償還額の償還回数
		毎 月 償 還			
		ボ ー ナ ス			
		毎 月 償 還			
		ボ ー ナ ス			
		毎 月 償 還			
		ボ ー ナ ス			

A 給 料 月 額	$A \times 3 / 10$	$A \times 6 / 10$	一部繰上償還時の償還猶予額

借受中の貸付金の 1 回あたり償還額

種 別	一般貸付け	住宅貸付け	住宅災害貸付け	介護構造部分 の貸付け	教育貸付け
毎月償還					
ボーナス					

種 別	災害貸付け	医療貸付け	結婚貸付け	葬祭貸付け	計
毎月償還					
ボーナス					

公立学校共済組合貸付規程第 16 条の規定に基づき、借受中の貸付金を一部繰上償還し、繰上償還後の償還回数を上記のとおりしたいので申し出ます。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

所属コード _____

所属名 _____

職員コード _____

氏 名 _____ ㊞

全額繰上償還申出書

貸付種別	一般 ・ 住宅 ・ 介護構造 ・ 災害 ・ 教育 ・ 医療 ・ 結婚 ・ 葬祭	
全額繰上償還予定年月	年	月
貸付種別欄は、全額繰上償還する該当種別に○印で囲んでください。		

公立学校共済組合貸付規程第16条の規定に基づき、借受中の貸付金を全額繰上償還したいので申し出ます。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

所属コード _____

所属名 _____

職員コード _____

氏名 _____ ㊟

償還猶予申出書

申出事由 (該当する番号を○で囲む)	1. 第16条第6項第1号 (住宅又は敷地の被災)	2. 第16条第6項第2号 (育児休業)	3. 第16条第6項第3号 (介護休業)	4. 第16条第6項第4号 (疾病による無給休職)				
猶 予 期 間 (猶予回数)	申出日の属する月の翌月 又は償還開始月から12ヵ 月の範囲内で希望する期 間 平成 年 月から 平成 年 月まで 〔毎月償還 回〕 〔ボーナス償還 回〕	育児休業の期間の範囲内 で希望する期間 平成 年 月から 平成 年 月まで 〔毎月償還 回〕 〔ボーナス償還 回〕	介護休業の期間の範囲内 で希望する期間 平成 年 月から 平成 年 月まで 〔毎月償還 回〕 〔ボーナス償還 回〕	疾病による無給休職の期 間の範囲内（傷病手当金 又は傷病手当金附加金の 支給を受けている期間を 除く）で希望する期間 平成 年 月から 平成 年 月まで 〔毎月償還 回〕 〔ボーナス償還 回〕				
猶 予 の 対 象 と な る 貸 付 種 別	住宅・住宅災害・ 介護構造	一般・住宅・住宅災害・ 介護構造・教育・災害・ 医療・結婚・葬祭	一般・住宅・住宅災害・ 介護構造・教育・災害・ 医療・結婚・葬祭	一般・住宅・住宅災害・ 介護構造・教育・災害・ 医療・結婚・葬祭				
毎 月 償 還 額	円	円	円	円				
ボ ー ナ ス 償 還 額	円	円	円	円				
償 還 金 猶 予 総 額	円	円	円	円				
返 済 方 法	定期償還と併せて均等額で返済する。 毎 月 償 還 平成 年 月から 平成 年 月まで ボーナス償還 平成 年 6・12 月から 平成 年 6・12 月まで							
公立学校共済組合貸付規程第16条に基づいて、償還の猶予を申し出ます。 公立学校共済組合 宮崎 支部長 殿 平成 年 月 日 職員コード _____								
申出者住所 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 所属コード _____								
所 属 所 名 所属所長名								

- (注) 1. 「猶予の対象となる貸付種別」の欄は、現在借り受けている貸付種別のうち、該当するものを○印で囲むこと。
2. 「毎月償還額」、「ボーナス償還額」の欄は、猶予の対象となる貸付種別の1回当たりの償還額の合計額を、毎月償還額、ボーナス償還毎に記入すること。
3. 「償還猶予総額」の欄は、「毎月償還額×毎月償還の猶予回数+ボーナス償還額×ボーナス償還の猶予回数」の額を記入すること。

毎 月 償 還 申 出 書

休職中の貸付償還金を毎月(ボーナス償還を含む)償還しますので申し出ます。

1 貸付種別・償還額	一般	円 (ボーナス)	円
	住宅	円 (ボーナス)	円
	住宅災害	円 (ボーナス)	円
	介護構造	円 (ボーナス)	円
	教育	円 (ボーナス)	円
	災害	円 (ボーナス)	円
	医療	円 (ボーナス)	円
	結婚	円 (ボーナス)	円
	葬祭	円 (ボーナス)	円

2 休職期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日まで

3 「貸付償還金払込書」の送付先

〒 _____

住 _____

電話番号 () -

公立学校共済組合 宮崎 支部長 殿

平成 年 月 日

所属コード _____ 所 属 所 名

職員コード _____ 申出人氏名



貸付金控除依頼書

貴組合から借り受けた下記貸付金については、公立学校共済組合貸付規程第17条の規定に基づき給料その他の給与から償還していますが、この度、地方公務員法第28条第2項第1号に規定する心身の故障のため長期の休養を要する場合に該当し、休職することとなりました。つきましては、傷病手当金又は傷病手当金附加金(公務又は通勤災害におけるこれに類する給付を含む。)から定期償還額を控除してください。

記

貸付種別	定期償還額	
	毎月償還額	ボーナス償還額
合 計	円	円

公立学校共済組合 宮崎 支部長 殿

平成 年 月 日

所属コード _____

所属名 _____

組合員コード _____

組合員氏名 _____ ㊞

未償還貸付元利金の控除に関する承諾書

組 合 員	氏 名	
	所 属 所 名	
	死亡年月日	平成 年 月 日

上記組合員の死亡に伴う未償還貸付元利金の返還については、地方公務員等共済組合法第115条第2項の規定の例により、当該組合員の退職に伴い支給される退職手当その他の給与からその返還金相当額を控除することを承諾します。

公立学校共済組合宮崎支部長 殿

平成 年 月 日

承諾者

退職手当の受給
権者である遺族

氏 名 _____ 印
組合員との続柄 _____
住 所 _____

法定代理人

承諾者が未成年の
場合は記入する

氏 名 _____ 印
組合員との続柄 _____
住 所 _____

両親の場合は
両名を記入する

氏 名 _____ 印
組合員との続柄 _____
住 所 _____

