目次

第６章　短期給付 4
Ⅰ　概要 4
１　短期給付の種類 4
２　給付金の支払い 5
３　給付台帳・給付金決定通知書 5
４　給付金の受給権者 6
５　給付の時効 6
６　給付に関する公租公課 6
７　給付の制限 6
８　公務災害との調整 7
９　審査請求 7

Ⅱ　病気又は負傷したとき 8
【自動給付】
１　療養の給付 8
２　家族療養費 9
３　入院時食事療養費 9
４　入院時生活療養費 9
５　保険外併用療養費 10
６　訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費 10
７　高額療養費 10
８　高額介護合算療養費 12
９　一部負担金払戻金・家族療養費附加金 12
１０　医療費等の現物給付に係る証の交付について 12
１１　福祉医療制度による療養との調整等 14
【請求による給付】
１２　療養費・家族療養費 15
１３　移送費・家族移送費 17

Ⅲ　出産したとき 18
１　出産費・家族出産費（同附加金） 18

Ⅳ　死亡したとき 21
１　埋葬料・家族埋葬料（同附加金） 21
２　組合員が死亡した場合の未払いの給付（支払未済の給付）について 22

Ⅴ　休職等で給料が支給されないとき 24
１　傷病手当金（同附加金） 24
２　出産手当金 27
３　育児休業手当金 28
４　休業手当金 30
５　介護休業手当金 31

Ⅵ　災害にあった時 33
１　弔慰金・家族弔慰金 33
２　災害見舞金 34

Ⅶ　第三者加害行為（交通事故等）にあったとき..... 36

Ⅷ　公務災害・通勤災害にあったとき..... 38

第７章　退職後の医療制度 39
Ⅰ　それぞれの健康保険制度について..... 40
１　任意継続組合員..... 40
２　国民健康保険..... 42
３　家族が加入している健康保険の被扶養者になる..... 43

Ⅱ　退職後（資格喪失後）に受けることのできる短期給付..... 43

第８章　提出書類の様式等

療養費・家族療養費請求書
診療報酬領収済明細書（一般）
診療報酬領収済明細書（歯科）
診療報酬領収済明細書（はり・きゅう）
診療内容明細書（海外/医科用 様式Ａと邦訳）
歯科診療内容明細書（海外/歯科用 様式Ｃと邦訳）
領収明細書（海外用 様式Ｂと邦訳）
同意書（海外用）
移送費・家族移送費請求書
傷病手当金・同附加金請求書
報酬支給額証明書（傷病手当金）
傷病手当金試算シート
出産手当金請求書
育児休業手当金・同変更請求書〔休業中支給分〕
育児休業手当金（１歳超え分）請求書・同変更請求書
保育所入所不承諾を確認する書類
休業手当金請求書
介護休業手当金請求書・同変更請求書
介護休業手当金請求書 添付書類
弔慰金・家族弔慰金請求書
災害見舞金・同附加金請求書
罹災状況報告書〔１〕
罹災状況報告書〔２〕
罹災証明書
出産費・家族出産費・同附加金請求書（直接支払制度利用）
受給権放棄申出書
受取代理事前申請書
出産費・家族出産費・同附加金請求書（制度利用なし）
埋葬料・家族埋葬料・同附加金請求書
支払未済の給付等請求書

限度額適用・標準負担額減額認定申請書
限度額適用認定申請書
特定疾病療養認定申請書
事故報告書
事故発生状況報告書
損害賠償申告書
加害者の自動車損害賠償責任保険等加入状況調書
確約書
誓約書
加害者との交渉状況報告書
同意書
公務災害認定請求中にかかる組合員証使用報告書
給付金等口座振込変更申出書
福祉医療制度報告書

【見本】給付台帳・給付金決定通知書

当共済組合では、平成３０年７月からマイナンバー（個人番号）による情報連携開始予定となっています。
連携開始までの間は現行通りの事務処理となりますが、連携開始後は添付書類の省略等、事務処理に変更が生じると考えられます。
詳細については、分かり次第お知らせします

第６章　短期給付

Ⅰ　概要

短期給付とは、組合員やその被扶養者の病気、負傷、出産、死亡、休業、及び災害などに対して行われる給付で、「保健給付」「休業給付」「災害給付」の３種類があります。

これらの給付には、法律の規定に従って給付を行わなければならない「法定給付」と各共済組合が財政状況等を勘案して任意に定める内容の「附加給付」及び「一部負担金払戻金」があります。

1　短期給付の種類

<table>
<tr><th colspan="2" rowspan="2">区分</th><th colspan="2">法定給付</th><th colspan="2">附加給付等</th></tr>
<tr><th>組合員</th><th>被扶養者</th><th>組合員</th><th>被扶養者</th></tr>
<tr><td rowspan="8">保健給付</td><td rowspan="5">病気
負傷</td><td>療養の給付
入院時食事療養費
入院時生活療養費
保険外併用療養費
療養費</td><td>家族療養費</td><td rowspan="2">一部負担金払戻金</td><td>家族療養費附加金</td></tr>
<tr><td>訪問看護療養費</td><td>家族訪問看護療養費</td><td>家族訪問看護療養費附加金</td></tr>
<tr><td>移送費</td><td>家族移送費</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>高額療養費</td><td>高額療養費</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>高額介護合算療養費</td><td>高額介護合算療養費</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>出産</td><td>出産費</td><td>家族出産費</td><td>出産費附加金</td><td>家族出産費附加金</td></tr>
<tr><td>死亡</td><td>埋葬料</td><td>家族埋葬料</td><td>埋葬料附加金</td><td>家族埋葬料附加金</td></tr>
<tr><td rowspan="5">休業給付</td><td rowspan="5">休業等</td><td>傷病手当金</td><td></td><td>傷病手当金附加金</td><td></td></tr>
<tr><td>出産手当金</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>休業手当金</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>育児休業手当金</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>介護休業手当金</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">給付 災害</td><td rowspan="2">災害</td><td>弔慰金</td><td>家族弔慰金</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>災害見舞金</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

※入院附加金、災害見舞金附加金については、平成 25 年 3 月 31 日をもって廃止となりましした。

※結婚手当金については、平成 27 年 3 月 31 日をもって廃止となりました。

２　給付金の支払い

（１）支給方法

ア　自動給付するもの

医療機関等の窓口で受ける現物給付※の他、医療機関等が当共済組合に請求する診療報酬明細書（レセプト）に基づく、高額療養費・一部負担金払戻金・家族療養費附加金。

※現物給付…　組合員証等を医療機関に提示することにより、かかった医療費の一部を負担するだけで診療や投薬等の医療行為を受けることができる給付のことをいいます。
療養の給付や入院時食事療養費等がこれに当たります。

①　給付日

原則として、診療月から約３か月後の 25 日（休日の場合は翌日）に組合員から届出のあった金融機関口座に振り込みます。

イ　請求により給付するもの

上記ア以外の給付。

①　請求書の締め切り

毎月 10 日(休日の場合前日)

②　給付日

締め切りまでに受理した請求書について、当月 25 日(休日の場合は翌日)に組合員から届出のあった金融機関口座に振り込みます。

（２）振込口座の登録・変更

ア　新規登録

資格取得、転入の手続時に提出いただく「組合員資格取得届書」の「給付金等受取口座」欄に記入された口座を登録します。

イ　登録口座の変更

「給付金等口座振込変更申出書」により報告してください。

ウ　改姓した場合

・当該金融機関に対して口座名義の変更手続き
・「組合員･被扶養者の各証記載事項変更申告書」の提出

※口座名義の変更をしたことが確認できる書類（通帳の写し等）を添付してください。

３　給付台帳・給付金決定通知書

給付金の支給決定後、所属所に給付台帳と給付金決定通知書を送付します。

給付台帳は、所属所控え用の給付内容一覧です。

給付金決定通知書は、組合員ごとに給付内容を記載していますので、該当組合員に渡してください。（【見本】給付台帳・給付金決定通知書 参照）

４　給付金の受給権者

（１）受給権者

組合員又は組合員であった者。

給付事由が被扶養者に関するものであっても、受給権者はすべて組合員又は組合員であった者です。

ただし、下記の場合は受給権者が異なります。

・埋葬料

→被扶養者又は実際に埋葬を行った者

・弔慰金

→遺族（遺族の範囲や給付を受けるべき順位はｐ.33 参照）

・支払未済の給付

〔給付を受ける権利を有する組合員が給付を受けることなく死亡したときの未払いの給付（主に医療給付）〕

→組合員の死亡当時、組合員と生計を共にしていた（生計同一関係にあった）親族

（親族の範囲や給付を受けるべき順位はｐ.22 参照）

支給すべき親族がない場合は該当者がいないこととなります。

５　給付の時効

短期給付を受ける権利は、その給付事由が生じた日から２年間請求しないときは、時効により消滅します。

給付を受ける権利の消滅時効の起算日は、給付事由の生じた日の翌日とされていますが、次に掲げる給付については、それぞれ掲げられた日が起算日となります。

給　付	消滅時効起算日
療養費 家族療養費	組合員等が医療機関に療養の費用を支払った部分についてその支払った日の翌日
傷病手当金 出産手当金 休業手当金 介護休業手当金 育児休業手当金	勤務に服せなかった日ごとに、その翌日
高額介護合算療養費	計算期間の末日の翌日

これらの請求書等が郵送により送られたものであるときは、郵送に要した日数は、消滅時効の算定期間には算入されません（消印等で確認）。

６　給付に関する公租公課

共済組合の給付については、組合員、組合員であった者又はその遺族の生活保障を目的としているため、支給を受ける金品に対し、租税その他の公課を課さないものとされ、課税上の保護が加えられています。

支給を受ける金品には、短期給付に関する法定給付のほか、附加給付及び一部負担金払戻金も含まれます。

７　給付の制限

（１）給付を受けるべき者が、故意の犯罪行為により、又は故意に事故を生じさせた場合、その行為が原因となった病気・負傷・死亡、又は災害にかかる給付は行いません。

（２）給付を受けるべき者が、重大な過失により、もしくは正当な理由なく療養に関する指示に従わなかったことにより、病気・負傷、又は死亡、もしくはこれらの直接の原因となった事故を生じさせ、その病気の程度を悪化させたり、その回復を妨げた場合には、その者には、当該病気・負傷、又は死亡にかかる給付の全部又は一部を行いません。

この場合の制限は、前記（１）のように絶対的に制限を行うものではなく、過失の程度や理由の妥当性等を考慮して当共済組合が決定します。

（３）上記「給付を受けるべき者」については、その被扶養者を含みます。

８　公務災害との調整

組合員の公務又は通勤途上における病気・負傷等で、地方公務員災害補償法に基づく補償がなされる場合、当共済組合からの給付は行いません。

なお、公務災害と思われる場合は公務災害補償基金に照会してください。

９　審査請求

公立学校共済組合がおこなう次の①～⑤の処分に関して不服がある者は、公立学校共済組合内に設置する公立学校共済組合審査会に対して、文書又は口頭で行政不服審査法による審査請求をすることができます。

【審査請求をすることができる処分】

①　組合員の資格もしくは短期給付及び退職等年金給付に関する決定
②　厚生年金保険法に規定する被保険者の資格もしくは保険給付に関する処分
③　掛金等その他この法律及び厚生年金保険法による徴収金の徴収
④　組合員期間の確認
⑤　国民年金法による障害基礎年金に係る障害程度の診査

【審査請求をすることができる期間】

審査請求は上記の処分があったことを知った日の翌日から３か月以内、かつ処分があった日の翌日から１年以内にしなければなりません。

Ⅱ　病気又は負傷したとき

1　療養の給付　　現物給付

組合員が公務によらない病気又は負傷のため組合員証等を使用して保険医療機関等で診療を受けた場合、総医療費から一部負担金（下表参照）を控除した額を現物給付※として支給します。

給付の対象となるのは、保健医療機関等における病気又は負傷の治療を目的とする医療行為で、健康保険法の取扱いに準ずることとされています。

※現物給付：「お金」ではなく「もの（診療・投薬・入院等の医療行為）」で支給される給付。

療養の給付　＝　総医療費　－　一部負担金
（総医療費×医療費の負担割合）

年齢区分	一部負担金
義務教育就学前	総医療費の 2 割
義務教育就以上 70 歳未満	総医療費の 3 割
70 歳から 74 歳 （高齢受給者）	総医療費の 2 割 ※生年月日が昭和 19 年 4 月 1 日以前の者は 1 割 ※組合員が 70 歳以上で一定以上所得者（標準報酬月額 28 万円以上）の場合は 3 割

◆なお、後期高齢者医療制度による医療受給者として認定を受けた方（75 歳以上の方及び 65 歳～74 歳で一定の障害の状態にある方）は、後期高齢者医療制度の適用となります。

◆高齢受給者となる方には、当共済組合から医療費の負担割合を記載した「高齢受給者証」を交付しますので、診療を受ける際は医療機関等で組合員証等と共に提示してください。

〈給付できない傷病等の例〉

ア　健康診断及びこれに類する診療、検査
イ　予防接種
ウ　保険医療機関以外で診療等を受けた場合
エ　正常妊娠、正常分娩
オ　法定伝染病（食事代は除く。）
カ　単なる疲労回復のための注射、投薬等
キ　美容的要素が強い治療
ク　補聴器、眼鏡、コンタクトレンズ（小児弱視等の治療用眼鏡等を除く。）、人工肛門受便器、腰部固定帯
ケ　公務上の傷病により、地方公共団体等から診療費が支給されている場合
コ　組合員又はその被扶養者が故意の犯罪行為等により生じさせた事故等を原因とする傷病又は正当な理由なくして療養に関する医師又は共済組合の指示に従わなかった場合

2　家族療養費　　現物給付

被扶養者の病気又は負傷に対する給付で、給付の範囲や給付内容等は組合員に係る療養の給付、入院時食事療養費、保険外併用療養費、療養費と同様です。

組合員への給付は、現物給付を療養の給付・入院時食事療養費等、現金給付を療養費といいますが、被扶養者への給付はいずれも家族療養費といいます。

（現金給付の家族療養費については、ｐ.14を参照してください）

3　入院時食事療養費　　現物給付

組合員が公務によらない病気又は負傷のため、組合員証等を使用して保険医療機関等で入院し、食事の提供を受けた場合、その食事に要した費用について下表の食事療養標準負担額を控除した額を支給します。

所得区分		食事療養費標準負担額
低所得者以外		1食につき360円 （平成30年4月1日から） 1食につき460円
低所得 （市町村民税の非課税者）	過去12か月以内の入院日数が90日以下の者	1食につき210円
	過去12か月以内の入院日数が90日を超える者	1食につき160円

◆「指定難病」、「小児慢性特定疾病」の認定を受けている場合は1食260円。
◆標準的な食事とは別に特別な食事の提供を受けた場合は、特別料金の負担が必要です。

【低所得者の食事療養費標準負担額の適用を受ける場合】

当共済組合が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関等で提示する必要があります。

「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付手続きは、Ⅱの10のエを参照してください。

4　入院時生活療養費　　現物給付

65歳以上の組合員が公務によらない病気又は負傷のため、組合員証等を使用して保険医療機関等で療養病床に入院し、生活療養（食事療養並びに温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成である療養）を受けた場合、下表の生活療養標準負担額を控除した額を現物給付します。

所得区分		生活療養標準負担額
現役並・一般	入院時食事療養（Ⅰ）を算定する医療機関に入院している者	（食費）　1食につき460円 （居住費）1日につき320円
	入院時食事療養（Ⅱ）を算定する医療機関に入院している者	（食費）　1食につき420円 （居住費）1日につき320円
低所得者 （市町村民税の非課税者等）		（食費）　1食につき210円 （居住費）1日につき320円

※入院時食事療養（Ⅰ）を算定する医療機関…管理栄養士または栄養士による管理が行われているなど、生活療養についての一定の基準に適合しているものとして地方厚生局に届出のある医療機関
※入院時食事療養（Ⅱ）を算定する医療機関…入院時食事療養（Ⅰ）を算定する医療機関以外の保健医療機関

【低所得者の食事療養費標準負担額の適用を受ける場合】

当共済組合が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」を医療機関等で提示する必要があります。

「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付手続きは、Ⅱの10のエを参照してください。

５　保険外併用療養費　　現物給付

組合員が公務によらない病気又は負傷のため、組合員証等を使用し、保険診療と併用して評価療養又は選定療養※を受けた場合、通常の療養の給付と変わらない範囲の医療について、保険外併用療養費として自己負担額を除いた額を現物給付します。

※評価療養：厚生労働大臣が定める先進医療や治験に係る診療等
選定療養：特別の療養環境の提供、予約診療や診療時間外の診療、特別な材料を使用する歯の治療等

６　訪問看護療養費及び家族訪問看護療養費　　現物給付

組合員又は被扶養者が公務によらない病気又は負傷のため居宅で継続して療養を受ける状態にあり、主治医の承認を得た上で都道府県知事の指定を受けた訪問看護業者から指定訪問看護を受けた場合、自己負担額を控除した額を現物給付します。

７　高額療養費　　自動給付による現金給付もしくは証使用による現物給付

同一医療機関における１か月の医療費が高額になった場合の自己負担額軽減のため、所得や年齢に応じて自己負担限度額を定め、その額を超えた場合は自己負担限度額を控除した額を高額療養費として支給します。（保険外負担分〔差額ベッド代等〕や入院時の食事負担額等は対象外。）

高額療養費は、いったん窓口で一部負担金を支払っていただき、約３か月後に自己負担限度額を超えた分を高額療養費として組合員に支給する仕組み（現金給付）と、所得区分等を記載した「限度額適用認定証」を医療機関等に提示することで窓口での支払いが自己負担限度額までで済む仕組み（現物給付）がありますが、どちらの仕組みでも給付額は同じです。

高額療養費　＝　一部負担金（自己負担額）　－　自己負担限度額

（１）70 歳未満の自己負担限度額

所得区分		掛金の標準となる額 （標準報酬月額）	自己負担限度額
上位	ア	83 万円以上	252,600 円＋（医療費−842,000 円）×1% 【多数回該当：140,100 円】
	イ	53 万円以上 83 万円未満	167,400 円＋（医療費−558,000 円）×1% 【多数回該当：93,000 円】
一般	ウ	28 万円以上 53 万円未満	80,100 円＋（医療費−267,000 円）×1% 【多数回該当：44,400 円】
	エ	28 万円未満	57,600 円 【多数回該当：44,400 円】
低所得	オ	市町村民税非課税	35,400 円 【多数回該当：24,600 円】

◆多数回該当：組合員又は被扶養者の療養があった月以前の 12 月以内に高額療養費が支給された月が３月以上ある場合、【　】の額が自己負担限度額となります。

【高額療養費を現物給付で受ける場合】
当共済組合が交付する「限度額適用認定証」の提示が必要となります。
「限度額適用認定証」の交付手続きは、Ⅱの 10 のウを参照してください。

（２）70 歳以上の自己負担限度額

外来	入院
14,000 円	57,600 円（多数回該当　44,400 円）

◆組合員自身が 70 歳以上で現役並所得者（標準報酬月額 28 万円以上等）や市町村民税非課税者の場合は、自己負担限度額が異なります。
◆医療機関等で組合員証又は被扶養者証と共に「高齢受給者証」を提示することにより、窓口で上記の自己負担限度額が適用となります。
◆平成 29 年 8 月以降の 70 歳以上の外来療養に係る自己負担限度額については、年間（前年 8 月 1 日～7 月 31 日）144,000 円が上限となります。144,000 円を超えた額は申請手続きにより、超えた額が支給されます。
（※申請手続きについては、詳細が分かり次第、改めて記載します。）

（３）高額長期特定疾病療養の自己負担限度額

長期間にわたって著しく高額な医療費が必要となる疾病のうち、厚生労働大臣が定めた疾病については、特例的に自己負担限度額が下表のとおりとなります。

医療機関等への「特定疾病療養受療証」の提示により、自己負担限度額を控除した額を現物給付で支給します。

《対象となる疾病》

（ア）人工透析を実施している慢性腎不全

（イ）血友病

（血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害）

（ウ）抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

（HIV 感染を含み、血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症に関する治療を受けている者に限る）

対象者	自己負担限度額
70 歳未満で上記（ア）の療養を受けている 上位所得（標準報酬月額 53 万円以上）の者	20,000 円
上記以外の者	10,000 円

【高額長期特定疾病の療養に係る特例の適用を受ける場合】
当共済組合が交付する「特定疾病療養受療証」を医療機関等で提示する必要があります。
「特定疾病療養受療証」の交付手続きは、Ⅱの 10 のオを参照してください。

（４）世帯合算

医療保険上同一世帯の組合員と被扶養者で、同一月に 21,000 円以上の自己負担が複数あり、合算して自己負担限度額を超えた場合、高額療養費を支給します。（高齢受給者については、全ての一部負担金等が合算の対象となります。）

（５）調剤合算

医療機関で処方せんが発行された場合、診療費と処方せんに基づく薬局調剤費を合算して、高額療養費および附加金（一部負担金払戻金・家族療養費附加金）の支給計算をおこないます。

８　高額介護合算療養費

医療保険、介護保険の両制度の給付を受けることにより、自己負担額が著しく高額になる場合に、医療及び介護を通じた自己負担限度額を設定し、これを超える場合、自己負担限度額を控除した額を支給します。

詳細は当共済組合にお問い合わせください。

９　一部負担金払戻金・家族療養費附加金　　自動給付による現金給付

組合員又は被扶養者が公務によらない病気又は負傷のため組合員証等を使用して保険医療機関等で診療を受け、自己負担額が下表の基礎控除額を超えた場合、自己負担額から基礎控除額を控除した額を支給します。

組合員への給付は一部負担金払戻金、被扶養者への給付は家族療養費附加金といいます。

支給額 ＝ 総医療費 － 療養の給付（家族療養費） － 高額療養費 － 基礎控除額

区分	掛金の標準となる額 （標準報酬月額）	基礎控除額	
			合算高額療養費が支給となる場合
上位	53 万円以上	50,000 円	100,000 円
上位以外	53 万円未満	25,000 円	50,000 円

※世帯合算や公費負担がある場合、計算が異なることがあります。

※合算で一部負担金が単独の基礎控除額未満のレセプトを含む場合は、合算の基礎控除額ではなく単独の基礎控除額にそのレセプトの一部負担金を足した額を控除します。

１０　医療費等の現物給付に係る証の交付について

医療費等の現物給付を受ける場合は、当共済組合へ下記の手続きをおこなってください。また、組合員･被扶養者の資格喪失や有効期限に達した場合は、証を返納してください。

ア、組合員証又は被扶養者証

・組合員資格取得の届出又は被扶養者認定の届出により交付

イ、高齢受給者証

・手続き不要。70 歳に達する月の半ばに、当共済組合から交付

・70 歳に達する日（70 歳の誕生日の前日）の属する月の翌月初日から
75 歳に至った日（75 歳の誕生日の前日）まで有効

※一部負担金が高額療養費の自己負担限度額を超える場合は、自己負担限度額までの負担で済みます。

ウ、限度額適用認定証

①提出書類

□限度額適用認定申請書

※申請期間を必ず記入してください。申請できる期間は最長で 1 年間です。

※医療機関等での支払いまでに交付を受けてください。

②有効期限

・申請期間の末日（申請は最長 1 年間）

エ、限度額適用・標準負担額減額認定証

①提出書類

□限度額適用・標準負担額減額認定申請書

□組合員の市町村民税非課税証明書

□申請月以前の 12 か月以内の入院日数が確認できる書類（90 日を越える場合のみ）

②有効期限

・申請のあった月の初日から翌年 7 月末日まで
（1 月から 7 月までの間に申請があったときは当年 7 月末日まで）

・有効期限の達した後も引き続き標準負担額の減額を受けたい場合は有効期限から 1 か月以内（8 月末日まで）に再度書類を提出してください。

オ、特定疾病療養受療証

①提出書類

□特定疾病療養認定申請書

●「現物給付」と「現金給付」の違い

・現物給付…医療機関等を受診する際に組合員証等を提示することにより、「現金」ではなく、「もの（診療や検査・投薬・入院等の医療行為そのもの）」で支給される給付。
例：療養の給付、入院時食事療養費など

・現金給付…「現金」で支給される給付。
例：出産費、育児休業手当金など

１１　福祉医療制度による療養との調整等

市町村等が実施している福祉医療制度により、医療費の助成を受けている場合、当共済組合の医療給付との重複支給を避けるため、給付を停止する等の調整をおこないます。

この調整をおこなうためには該当者の把握が必要となりますので、下表を参照のうえ、報告書の提出をお願いします。

◎市町村長から受給資格証の交付を受けた者又はその資格を喪失した者が対象となります。

※ 証に記載の[公費負担者番号]の左端数字が　７、８、９又は４　となっているもの

福祉医療制度事業名	報告が必要なとき	報告内容
乳幼児医療費助成事業 子ども医療費助成事業等（注1）	①義務教育就学前までに**非該当**となったとき ※義務教育就学前までの被扶養者は、すべて"該当"としています。	非該当
	②義務教育就学後も助成対象となった（なっている）場合 ※受給資格者証の交付を受けている場合のみ報告ください。	該当
心身障害者医療費助成事業等 ひとり親医療費助成事業等 その他市町村実施の助成事業（注２）	③受給資格証の交付を受けたとき ※定期更新により改めて受給資格証の交付を受けたときは、報告不要です。	該当
	④定期更新の受給資格証が更新されなかったとき ⑤受給資格証の有効期間中に資格が喪失したとき ⑥定期更新後の受給資格証の有効期間（至）が助成終了日となったとき ※該当報告時の受給資格証に助成終了日が記載されているものは、報告不要です。	非該当

（注１）子ども医療費助成事業等（義務教育就学後の助成事業）について、④、⑤又は⑥に該当することがあれば、非該当報告が必要です。

（注２）奈良県の場合、「精神障害者医療費助成事業」等がこれに当たりますので、「精神障害者医療費受給資格証」の交付を受けた場合は報告をお願いします。

受給資格証が毎年更新される助成事業（市町村によりますが、心身障害者医療費助成事業及びひとり親医療費助成事業等）については、当共済組合への該当報告は初回のみとし、随時更新されたものとして取り扱います。
ただし、上記表の④、⑤又は⑥に該当すれば、非該当報告が必要です。

（１）提出書類

□福祉医療制度報告書【短期様式第 80 号】

□下記の添付書類

a　該当の場合
・受給資格証の写し

b　非該当（上記１表⑥のとき）の場合
・受給資格証の写し

c　非該当（上記１表①④⑤のとき）の場合】
・市町村から「支給停止通知書」等、助成対象外を示す通知等の交付を受けた場合は、その通知の写し（通知がない場合は不要）

・市町村長から受給資格証の交付を受けたとき（義務教育就学前までの助成事業を除く）又はその資格を喪失したときは、当該事実発生日から２か月以内に報告書の提出をお願いします。

・助成の内容によっては憶測で訊ねがたいものもありますし、所属所で該当者を全て把握することは困難かと思われますので、把握できる範囲で結構です。
報告を促すために、
・事情がある方は、所属所を経由せずに直接共済組合に報告書を提出しても良い
・報告が漏れると多額の返納金が生じる可能性がある
（逆に、非該当報告がなかった場合は、出るべき給付が出ない可能性がある）
などの説明を添えて、組合員に報告書の提出を周知いただければと思います。

１２　療養費・家族療養費

（１）支給要件

組合員の公務によらない病気や負傷については、現物給付(医療機関等に組合員証を提示して受ける医療給付)を受けることが原則ですが、次のような事由等により現物給付を受けることが困難であり、共済組合がその必要性を認めた場合、組合員からの請求にもとづき療養費又は家族療養費を現金給付として支給します。

また、被扶養者には、組合員の療養費と同様に家族療養費を支給します。

①　やむを得ない事情により、組合員証を使用できなかった場合

- 出張先等で傷病にかかり医療機関を受診したが、組合員証を持っていなかったため医療費を全額自己負担した場合
- 共済組合の資格取得後、以前使用していた健康保険等の保険証で医療機関を受診し、その健康保険等から医療費の請求を受けて返還した場合

②　共済組合が療養の給付(現物給付)等をすることが困難であると認めるもの

- 保険医療機関の無い地域（へき地、国外等）で療養を受けた場合
  （健康保険の適用外となる治療や、療養目的で国外の医療機関を受診した場合を除く）
- 伝染病院等に収容され、食費、薬価を徴収された場合
- 医師の指示により治療用装具を購入した場合
  （小児弱視等の治療用眼鏡、悪性腫瘍術後の四肢リンパ浮腫治療用の弾性着衣も含む）
- 輸血のため生血を求めた場合
- 医師の同意を得て柔道整復･あんまマッサージ･はりきゅう等の施術を受けた場合

（２）支給額

療養に要した費用(「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」等、一定の基準に基づいて算定した額。算定した額より実費が低い場合は実費)から一部負担金に相当する金額を控除した額を支給します。

ただし、国外で治療を受けた場合には、国内において同様の治療を受けた場合の金額と現地で支払った通貨を円に換算して計算した金額を比較し、低い方の金額を適用し給付を行います。

（３）請求手続

□療養費（家族療養費）請求書【短期様式第 21 号】

□給付事由に応じ、下表「添付書類一覧表」の添付書類

添付書類一覧表

給付事由	添付書類	注意点等
組合員証を提示せず、医療機関で全額自己負担した場合	□領収書 □診療報酬領収済明細書〔短期様式第 21 号の 1、2〕 ※医療機関から診療報酬明細書(レセプト)が交付されている場合は診療報酬明細書(レセプト)	
共済組合の資格取得後に受診し、以前加入していた健康保険組合等から医療費の請求を受け、返還した場合	□診療報酬明細書(レセプト) □返還分の領収書	
海外の医療機関を受診した場合	□診療内容明細書(医科：様式A、歯科：様式C)とその邦訳 □領収明細書(医科、歯科共通：様式B)とその邦訳 □現地の医療機関から発行された領収書 □海外へ渡航したことを証明する書類(パスポートの写し等) □同意書	日本で保険適用とならない診療や療養目的の渡航等は支給対象外。
治療用装具を購入した場合	□医師の意見書 □医師の装具装着証明 □装具の領収書	
小児弱視等の治療用眼鏡を購入した場合	□弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し □領収書	再購入の場合、 更新前の装着期間 ５歳未満…１年以上 ９歳未満…２年以上 が支給要件。
リンパ節郭清術を伴う悪性腫瘍術後に生じる、リンパ浮腫治療のための弾性着衣を購入した場合	□医師の弾性着衣等の装着指示書 □領収書	※一度に購入する着衣は、装着部位毎に２着限を限度とする。 ※再購入の場合、前回の購入から６か月経過後に購入したもののみ支給対象。
医師の同意のもと、はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療を受けた場合	□医師の同意書 □診療報酬領収済明細書〔短期様式第 21 号の 3〕	神経痛、リウマチ、頸腕症候群、五十肩、腰痛症、頸椎捻挫後遺症などの慢性的な疼痛を主症とする疾患であり、医師による適当な治療方法のない場合に限り支給対象。
病院を通じて血液(生血)を購入して輸血を受けた場合	□領収書等の証拠書類	保存血を使用する場合、親族が自らの血液を提供する場合は支給対象外。

１３　移送費・家族移送費

（１）支給要件

組合員またはその被扶養者が傷病による療養を受けるため、医師の指示により医療機関に移送された場合において、**次の①～③のいずれにも該当すると組合が認めた場合**

① 移送の目的である療養が保険診療として適切であること
② 症状が重篤である者、又は重傷者等で歩行不能または歩行が著しく困難であること
③ 医師の指示による緊急その他やむを得ないものと認められること

ただし、旅先での傷病で単に帰郷するため転院した場合、転院先が遠距離のために交通機関を利用した場合等は支給対象となりません。

（２）支給額

最も経済的な通常の経路・方法により移送された場合の交通費に基づいて、共済組合が算定した額（その額が実際に移送に要した額を超えるときは、実際に移送に要した費用の額）を支給します。

具体的には、次のような取扱いとなります。

① 経路については、必要な医療を行える最寄りの医療機関まで、その傷病に応じ最も経済的な経路で算定します。
② 運賃については、その傷病の状態に応じ最も経済的な交通機関の運賃で算定します。
③ 医師・看護師など付添人については、医学的管理が必要であったと医師が判断する場合に限り、原則として一人までの交通費を算定します。
④ 天災その他やむおえない事情により、上記のような取扱いが困難である場合には、現に要した費用を限度として例外的な取扱いが認められる場合があります。

実費相当の額が支給されることとなるため、一部負担金払戻金や付加給付の対象となりません。

なお、実際にかかった費用が支給額を超えた場合の差額分は患者負担となります。

（３）請求手続

□移送費・家族移送費請求書【短期様式第 22 号】

※請求には医師の証明が必要です。証明がとれない場合は、移送の必要性についての「医師の意見書」を添付してください。

□移送に要した費用の領収書

Ⅲ　出産したとき

１　出産費・家族出産費（同附加金）

（１）支給要件

組合員または被扶養者が出産した場合に支給されます。

「出産」とは、妊娠４か月（85 日）以上の胎児の分娩をいい、正常分娩、異常分娩（流産、早産、死産等）の区別なく対象となります（母胎保護法に基づく妊娠４か月以上の胎児の人工妊娠中絶手術の場合も含まれます）。ただし、胎児が妊娠４か月未満で死亡している場合は、妊娠４か月以上の分娩であっても「出産」とは認められません。

（２）支給額

①　出産費･家族出産費

404,000 円　（産科医療補償制度※対象の出産は 420,000 円）

②　出産費附加金･家族出産費附加金

50,000 円

双生児以上を出産した場合は、その産児ごとに１回の出産があったものとして出産費を支給します。

【産科医療補償制度】

産科医療補償制度とは、分娩に関連して出生児が重度脳性麻痺等となった場合、その家族の経済的負担を補償するための制度です。

この制度では、加入している医療機関等が掛金を負担します。掛金は出産費用に上乗せされますが、その上乗せされた掛金分（16,000 円）を増額して、出産費・家族出産費を支給します。

（産科医療補償制度加入の医療機関等において、在胎週数 22 週以降に産した場合が産科医療補償制度対象となります）

制度対象の分娩を証明するスタンプ印

（３）請求手続

出産を予定している医療機関等が、直接支払制度か受取代理制度のどちらを導入しているのかを事前に確認した後、次の該当する請求手続をおこなってください。

①　直接支払制度を利用する場合（出産後に請求手続）

□出産費･出産費附加金請求書/家族出産費･家族出産費附加金請求書

【短期様式第 30 号】

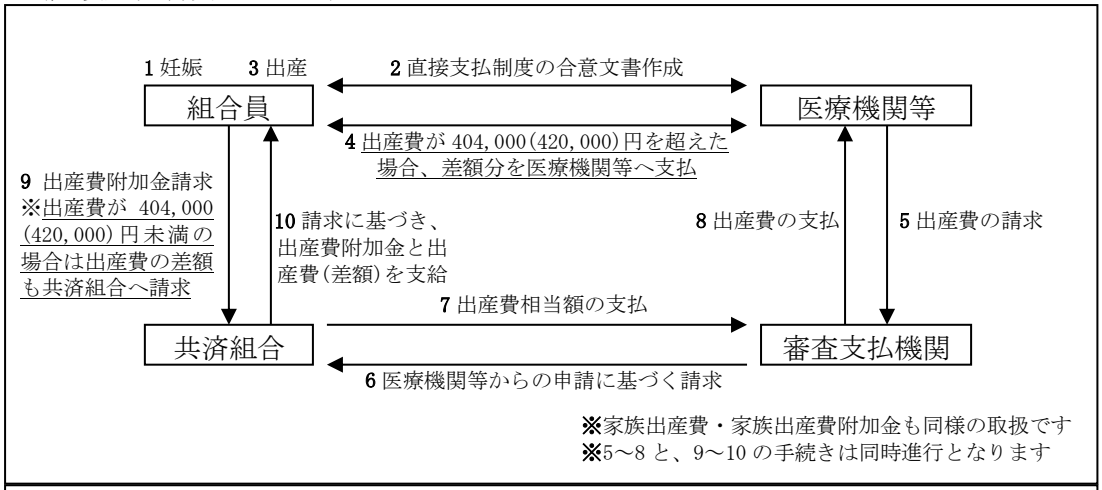
□直接支払制度についての意思確認に係る文書の写し

（医療機関等で作成され、本人に一部渡されます）

□領収書・明細書等の写し

（出産育児一時金または代理受取額の金額が明記されていること、産科医療補償制度対象の場合は証明のスタンプ印が押されていることを確認してください）

〈直接支払制度のながれ〉



直接支払い制度とは、組合員が医療機関等と代理契約を結び、医療機関等が組合員の代わりに出産費用の額(出産費 42 万円が限度) の支給申請及び受取りを行うことにより、組合員の経済的負担軽減を図る制度です。
なお、医療機関からの請求や支払いは審査機関を通して行われます。

② 直接支払制度を利用せず、全額自己負担する場合（出産後に請求手続）

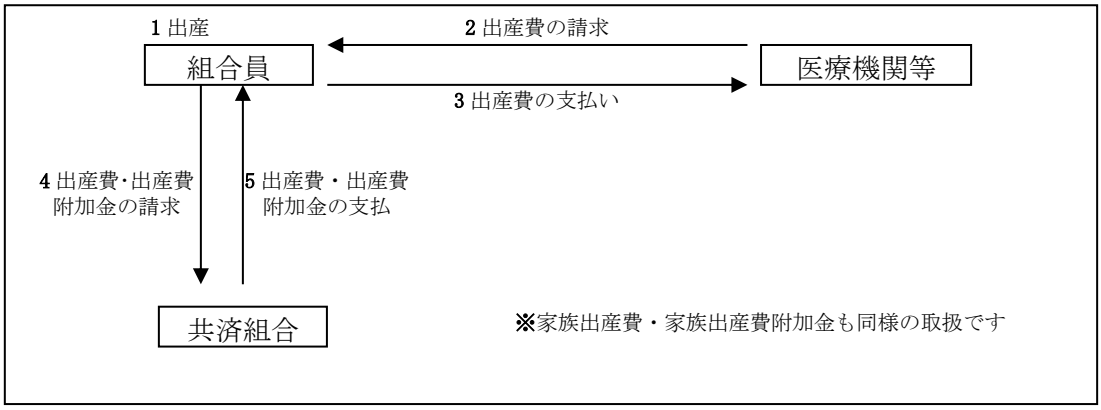
□出産費･出産費附加金請求書/家族出産費･家族出産費附加金請求書
【短期様式第 30 の 3 号】

□直接支払制度についての意思確認に係る文書の写し
（医療機関等で作成され、本人に一部渡されます）

□領収書・明細書等の写し
（自己負担した出産費の金額が明記されていること、産科医療補償制度対象の場合は証明のスタンプ印が押されていることを確認してください）

□受給権放棄申出書【短期様式第 30 号の１】
（認定日から 6 か月以内の出産で、認定前に 1 年以上他の健康保険制度に加入されていた場合）

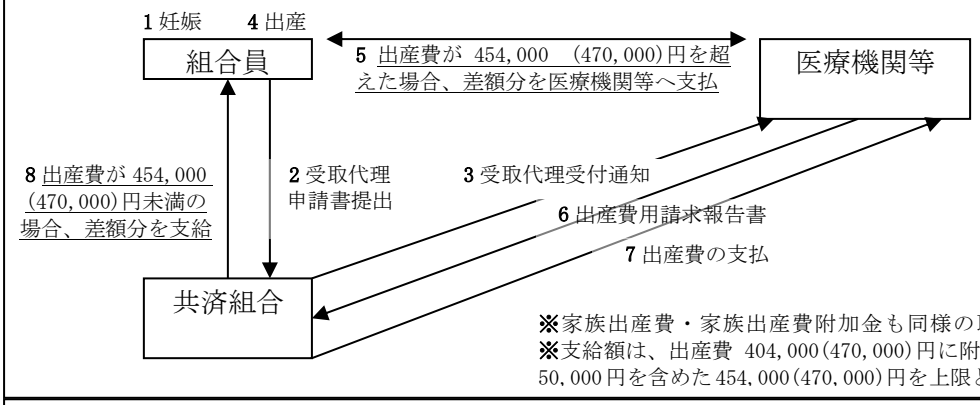
〈制度利用しない場合のながれ〉



③　受取代理制度を利用する場合(出産前に請求手続)

□受取代理事前申請書【短期様式第 30 号の 2】

〈受取代理制度のながれ〉



受取代理制度は、組合員が医療機関等を受取代理人として出産費用を事前に申請し、医療機関等が組合員（または被扶養者）に対して請求する出産費用の額（出産費・出産費附加金含め 47 万円が限度）を組合員に代わって受取ることにより、組合員の経済的負担軽減を図る制度です。

直接支払制度の導入に伴い廃止されましたが、平成 23 年 4 月以降、直接支払制度への対応が困難と考えられる小規模の医療機関であっても、直接支払制度と同様に組合員等の経済的負担の軽減を図ることができるよう、仕組みが制度化されました。

ただし、受取代理制度導入の対象となるのは年間の平均分娩取扱い件数が 100 件以下の診療所及び助産所等の条件があり、厚生労働省に届け出をした医療機関等に限られます。請求前に、受取代理制度を導入している医療機関かどうかご確認ください。

（4）資格喪失後の給付について

1 年以上組合員であった者が退職後 6 月以内に出産した場合は、組合員が在職中に出産した場合と同様に出産費が支給されます(出産費附加金は支給されません)。

ただし、組合員が退職後出産するまでの間に、他の共済組合や健康保険組合員等の組合員資格を取得した場合は、これらの組合から給付が行われるため、当共済組合からは出産費を支給しません。

Ⅳ　死亡したとき

１　埋葬料・家族埋葬料（同附加金）

（１）支給要件

組合員が公務によらず死亡した場合、又は組合員の被扶養者が死亡した場合、その埋葬に必要となる経費を填補するために支給されます。

「死亡」とは、自然死のほか、法定死亡及び失踪宣告も含まれます。また、死亡の原因が自殺の場合であっても支給されます。ただし、死因が交通事故等第三者の不法行為によるもので、当該第三者(保険会社含む)等から損害賠償を受ける場合は、共済組合からは支給されません。

（２）支給額

①　埋葬料・家族埋葬料

50,000 円

②　埋葬料附加金・家族埋葬料附加金

25,000 円

（３）請求手続

①　組合員が死亡した場合

□埋葬料・埋葬料附加金請求書【短期様式第 32 号】

□死体埋葬許可証の写し

□埋葬に要した費用(葬儀等)の明細書･領収書の原本(被扶養者が請求する場合は不要)

被扶養者のいない組合員が死亡し、実際に埋葬を行った者が請求を行う場合は、埋葬料・家族埋葬料 50,000 円と附加金 25,000 円の範囲内で、「埋葬に要した費用」の実費額が給付されます。

「埋葬に要した費用」には、霊柩代、霊柩の借料や運搬費、僧侶への謝礼及び霊前供物代、入院患者死亡後の自宅までの移送料等を含みますが、葬儀の参列者の接待費用、香典返しなどは含みません。

請求は、埋葬料の受給権者が行うことができます。

組合員の死亡当時（退職後の死亡は退職当時）に被扶養者であった者で、社会通念上埋葬を行う者が受給権者となります。

被扶養者でない配偶者が喪主となり葬儀を行った場合で被扶養者である子がいるときは、被扶養者である子に埋葬料が支給されます。

被扶養者のいない組合員の場合は、実際に埋葬･葬儀をおこなった者が受給権者となります。

②　被扶養者が死亡した場合

□家族埋葬料・家族埋葬料附加金【短期様式第 32 号】

□死体埋葬許可証の写し

（４）資格喪失後の給付

組合員であった者が退職後３月以内に死亡した場合は埋葬料が支給されます。

ただし､組合員であった者が退職後死亡するまでの間に他の共済組合や健康保険組合員等の組合員資格を取得した場合は、これらの組合から給付が行われるため、当共済組合からは埋葬料を支給しません。

２　組合員が死亡した場合の未払いの給付（支払未済の給付）について

給付を受ける権利を有する組合員が給付を受けることなく死亡した場合、その給付は組合員の死亡当時に組合員と生計を共にしていた下記（１）の受給権者に支給されます。

生計を共にしていた者がいない場合は該当者がいないこととなります。

（１）受給権者の範囲

組合員との関係	順　　位
配偶者	第１順位
子	第２順位
父母	第３順位
孫	第４順位
祖父母	第５順位
兄弟姉妹	第６順位
三親等内の親族父母等 （甥姪、曾祖父母、叔伯父母等）	第７順位

※同順位者が２人以上いる場合は代表者を選出し、受給者を決定していただきます。

（２）支払未済の給付の請求

支払未済の給付を受けるには、上記（１）の受給権者からの請求が必要です。

組合員との関係や状況によって必要な添付書類が異なりますので注意してください。

①　提出書類

□支払未済の給付等請求書

□組合員の死亡を証明する書類等の写し

（死体埋火葬許可証、死亡診断書、除籍謄本等）

□組合と請求者の身分関係が証明できる書類（戸籍謄本等）

※除籍謄本を添付した場合は不要

□請求者名義の通帳の写し

□生計同一関係を確認する書類（**表１「生計同一に関する確認書類」参照**）

表１　生計同一に関する確認書類

組合員との関係	状　　況		生計同一を確認・証明する書　　類
配偶者又は子	住民票上同一世帯		住民票（世帯全員）の写
	住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一である		・それぞれの住民票（世帯全員）の写 ・別世帯となっていることについての理由書
	住所が住民票上異なっているが、現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一にしている		・それぞれの住民票（世帯全員）の写 ・同居についての申立書 ・別世帯となっていることについての理由書 ・第三者の証明書又は別表に掲げる書類
	単身赴任、就学又は病気療養等のやむを得ない事情により住所が住民票上異なっているが、右記のような事実が認められ、その事情が消滅したときは、起居を共にし、消費生活上の家計を一にすると認められるとき	（ア）生活費、療養費等の経済的な援助が行われていること	・それぞれの住民票（世帯全員）の写 ・別居していることについての理由書 ・経済的援助及び定期的な音信、訪問等についての申立書 ・第三者の証明書又は別表に掲げる書類
		（イ）定期的に音信、訪問が行われていること	
父母、孫、祖父母、兄弟姉妹又はこれら以外の三親等内の親族	住民票上同一世帯		住民票（世帯全員）の写
	住民票上世帯を異にしているが、住所が住民票上同一である		それぞれの住民票（世帯全員）の写
	住所が住民票上異なっているが、右記のいずれかに該当するとき	現に起居を共にし、かつ、消費生活上の家計を一にしている	・それぞれの住民票（世帯全員）の写 ・同居についての申立書 ・第三者の証明書又は別表に掲げる書類
		生活費、療養費等について生計の基盤となる経済的な援助が行われると認められるとき	・それぞれの住民票（世帯全員）の写 ・経済的援助についての申立書 ・第三者の証明書又は別表に掲げる書類

別表　生計同一関係を証明する書類

事項	提出書類
①健康保険等の被扶養者になっている場合	健康保険被保険者証等の写し
②給与計算上、扶養手当等の対象になっている場合	給与簿又は賃金台帳等の写し
③税法上の扶養親族になっている場合	源泉徴収票又は課税台帳等の写し
④定期的に送金がある場合	預金通帳、振込明細書又は現金書留封筒等の写し
⑤その他①～④に準ずる場合	その事実を証する書類

Ⅴ　休職等で給料が支給されないとき

１　傷病手当金（同附加金）

（１）支給要件

組合員の公務によらない傷病により勤務に服することができなったために、その期間内において給料の全部、又は一部が支給されずに傷病手当金の給付日額が報酬日額を上回った場合、勤務に服することができなくなった日以後待機期間の３日を経過した４日目から支給されます。

（２）支給期間

① 傷病手当金

勤務できなくなった日から３日を経過後、４日目以降給付日額が報酬日額を上回った日から１年６月間傷病手当金が支給されます。

② 傷病手当金附加金

傷病手当金の支給期間満了後、勤務に服することができないときは、引き続き６月間の範囲において、傷病手当金附加金が支給されます。

（３）支給額

給付日額 ：「傷病手当金支給開始日の属する月以前の直近の継続した 12 月間の各月の標準報酬月額の平均額」 × 1/22 × 2/3

※傷病手当金、傷病手当金附加金とも同額

（４）支給額の調整

① 報酬との調整

傷病手当金の支給期間内において報酬を受ける場合は、「報酬日額」と「給付日額」の比較を行い、「給付日額」が「報酬日額」を上回る場合に限り差額分を傷病手当金（同附加金）として支給します。

「報酬」には給料の他に諸手当が含まれており、「報酬日額」の算定は次表の区分に応じて定められた日数で除して得た額となります。

報酬日額の算出方法

（注）奈良県の取決めを元にした区分表になるため、市町村費等の組合員は区分が異なる場合があります。

区分	手当等の種類	算出に用いる率
【減額の対象となる手当】 日々の勤務に対して支給されると考えられるもの（日額で支給されるもので、勤務しない日について減額して支給されるもの）	・給料月額（本俸） ・給料の調整額 ・地域手当 ・義務教育等教員特別手当 …特例等で減額されない場合は下の区分 ・各種月額手当 …特地勤務手当、夜間学級手当等減額の対象となる手当	要勤務日数分の１
【減額対象外となる手当】 日々の勤務とは関係なく支給されるもの（月額で支給されるもの・一定の期間を対象として支払われるもの）	・教職調整額 ・扶養手当 ・住居手当 ・単身赴任手当 〔・通勤手当（※）〕 …６か月分の定期券代などは、算出に１月分の手当額を用いる	２２分の１

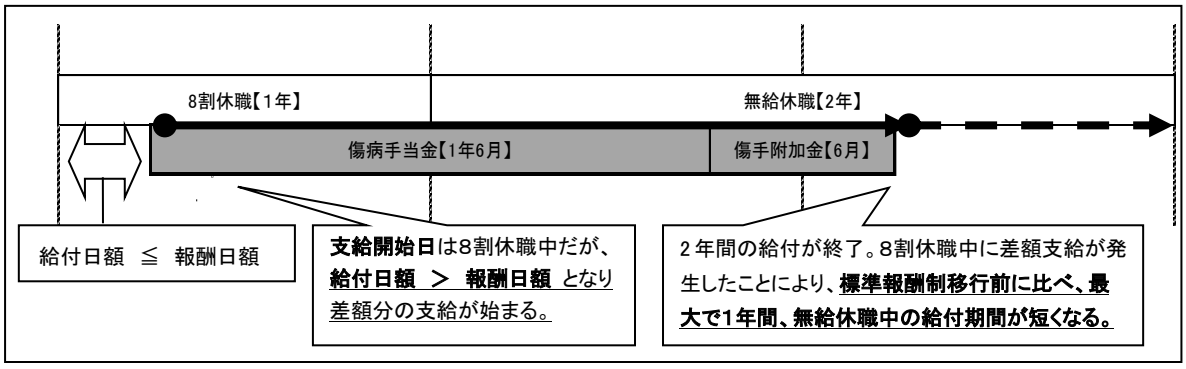
※勤務を要する日数･･･請求月の土日を除く日数。
（勤務を要しない日が土日以外の場合は、その日を除く）
※通勤手当等、「一定の期間を対象として支給される報酬で、休業給付の算定の基礎とする日以外の日も含めて報酬の対象としているもの」の取扱いは以下のようになります。
◆傷病手当金､出産手当金､休業手当金　⇒　調整対象
◆介護休業手当金､育児休業手当金　⇒　調整対象外
※休業給付の給付対象となる日以外の勤務実績に基づいて翌月以後に支払われるものについては調整の対象となりません。（超過勤務手当、休日給、特殊勤務手当 等）

【有給休職中に傷病手当金が発生する場合】

報酬との調整の結果、「給付日額」が「報酬日額」を上回る場合は、**特別休暇または休職（８割支給）の期間中であっても傷病手当金の支給が開始する場合があります。**

ただし、月によって要勤務日数が異なれば、その日数によって「報酬日額」が変わるため、必ずしも毎月「給付日額」が「報酬日額」を上回るとは限らず、給付の生じない月が発生することもあります。**一度支給が始まると、以後の期間については給付の生じない月が発生しても、支給期間を食い潰すこととなります。**

休職（8 割支給）期間中に傷病手当金の一部支給が発生する場合



② 年金等との調整

同一の傷病による障害厚生年金が支給される場合、傷病手当金の支給はありません。

ただし、障害厚生年金の額（障害厚生年金と同一の給付事由に基づいて障害基礎年金が支給されている場合は、その合算額）を 264 で除して得た額（円位未満切り捨て）が傷病手当金の日額より少ない場合は、その差額を支給します。

◆障害手当金や老齢厚生年金等についても調整がありますので、該当する場合は当共済組合にお問い合わせください。
◆年金等が遡って決定・増額改定された場合は、すでに支給した傷病手当金の全部または一部を返還していただくこととなります。

③ 出産手当金との調整

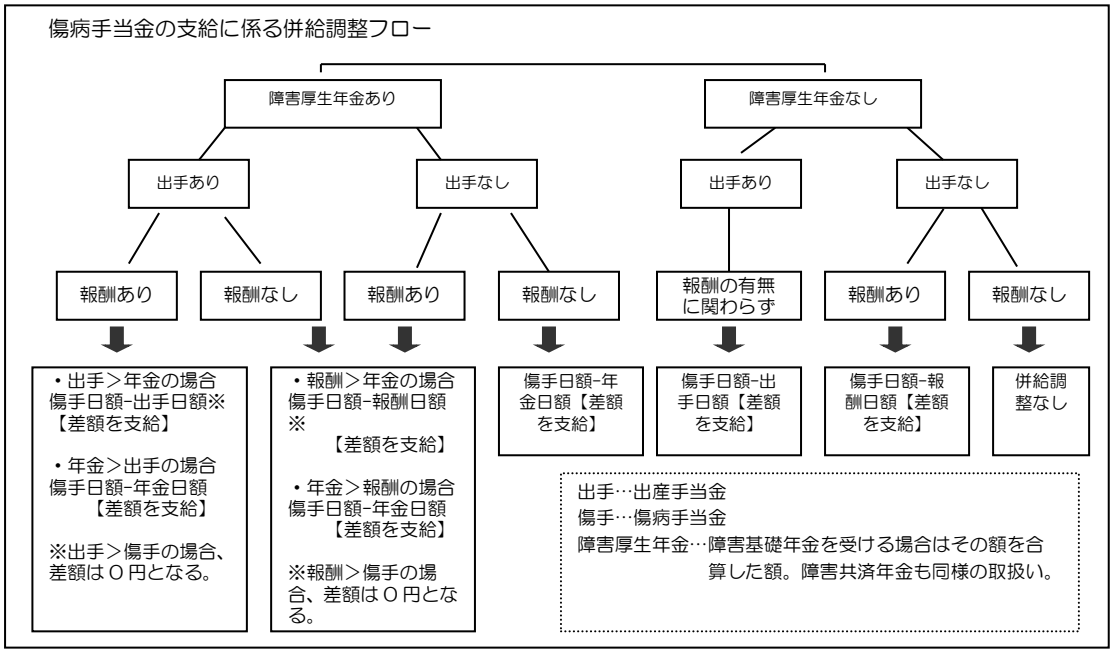
出産手当金を受給する場合、その期間内は傷病手当金の支給はありません。

ただし、出産手当金の額が傷病手当金の額より少ない場合は、その差額を支給します。

④ 地方公務員災害補償法との調整

同一の傷病について地方公務員災害補償法の規定による通勤災害に係る休業補償等が行われる場合は、傷病手当金の支給はありません。

ただし､地方公務員災害補償基金からの療養補償が症状固定により打ち切られた後に当共済組合から療養の給付が行われる場合で、勤務に服することができない場合は傷病手当金を支給します。



（５）資格喪失後の給付

１年以上組合員であった者が退職した際(任意継続組合員になった場合も含む)に要件を満たしている場合は、継続して支給されます。

ただし、労働能力がある場合（自営業に従事、事業所に雇用されている、適当な職がないため勤務しない等）や他の健康保険の被保険者となった場合は支給されません。

◆退職の日まで満１年以上組合員であった方が、退職した日において、すでに勤務に服することができなくなった日以後３日を経過しているが、報酬が支給されているため、傷病手当金の支給が行われていない場合には「退職の際に傷病手当金を受けている場合」に該当するとして支給されます。ただし、労働能力がある場合は該当しません。（傷病手当金附加金の給付はありません。）

◆国民健康保険の被保険者は他の健康保険の被保険者に含まれません。

（６）請求手続　　**※請求は経過した月単位ごと**

□傷病手当金（傷病手当金附加金）請求書　【短期様式第 23 号】
□傷病手当金請求書関連添付書類　【短期様式第 23 の 1 号】
□辞令書の写し
□診断書の写し
□出勤簿の写し
□特休中と直近の 8 割給与支給時の給与明細の写し（初回請求時のみ）
□試算シート（初回請求時のみ）
□報酬支給額証明書 ┐
□請求月の給与明細書の写し ┘ 報酬を受けている場合のみ

◆休職(8 割支給)となった場合は…◆

休職（8 割支給）期間中に給付日額が報酬日額を上回ることはあまりありませんが、休職により停止される手当（管理職手当、特地勤務手当等）があり、その額が報酬に占める割合が高い場合は、給付日額が上回り、傷病手当金の一部支給が発生することがあります。（【有給休職中に傷病手当金が発生する場合】参照）

そのため、**休職（８割）となった際は、念のために所属所で傷病手当金の一部支給の有無について確認をお願いします**。

確認の際は、当支部ＨＰより「傷病手当金試算シート（Excel 形式）」をダウンロードしてご使用ください。

《参考：公立学校共済組合奈良支部HP→手続きナビ→短期給付の手続き→休業給付の手続き→傷病手当金/傷病手当金附加金の請求手続き→(様式2)傷病手当金試算シート Excel 形式》

２　出産手当金

（１）支給要件

組合員が出産のため勤務に服することができず、報酬を受けることができない場合に支給されます。妊娠４か月以上（正常分娩、異常分娩を問いません）の出産が給付対象となります。

ただし、出産手当金の対象となる産前産後の休業期間については、特別休暇として報酬が減額されないのが通常ですので、実際の給付はありません。

実際に出産手当金の支給が行われるのは、主として資格喪失後の出産費が支給される場合（１年以上組合員であった方が退職後６月以内に出産された場合）における出産についての産前産後の期間となります。

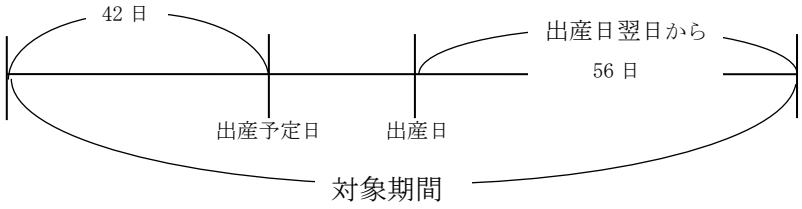
（２）支給期間

出産の日（出産の日が出産の予定日後であるときは、出産の予定日）以前 42 日（多胎妊娠の場合には 98 日）から出産の日後 56 日までの間

◆勤務を要しない日（日曜日等）については、支給の対象となりません。

◆1 年以上組合員であった者が、退職した際に出産手当金を受けている場合（出産日又は出産予定日が組合員の資格喪失日の前日から４２日以内の場合）は継続して支給されます。

ただし、その期間内に他の健康保険の被保険者となった場合は支給されません。



（３）支給額

傷病手当金と同じ

（４）給付との調整

給料の全部又は一部が支給されているときは、給付日額とその日に支給された報酬額との比較により、出産手当金の調整を行います。

傷病手当金又は休業手当金が支給されている場合も調整を行います。

また、双生児を出産した場合、出産費は倍額支給されますが、出産手当金は倍額支給されません。

（５）請求手続　　**※請求は経過した月単位ごと**

□出産手当金請求書【短期様式第 24 号】

□請求時現在の健康保険証の写し

□通帳の写しなど振込口座の確認出来る書類

３　育児休業手当金

休業中支給分

（１）支給要件

組合員が、育児休業を取得した場合、休業により勤務しなかった期間（当該育児休業に係る子が１歳に達する日までに限る）について支給されます。

さらに、１歳に達した日後一定の要件を満たす場合に限り、最大１歳６か月に達する日まで「１歳超分」が支給されます。

（２）支給期間

育児休業により勤務しなかった期間で、**子が１歳に達する日まで**。

◆１歳に達する日 ＝ １歳の誕生日の前日

◆土・日曜日については支給の対象となりません。祝日は支給対象日に含みます。

（３）支給額

・休業開始から 180 日に達するまで → 標準報酬の日額の 67％（円未満切り捨て）×日数

・181 日以降 → 標準報酬の日額の 50％（円未満切り捨て）×日数

※標準報酬の日額 ＝ 標準報酬月額 ×1/22（10 円未満四捨五入）

※育児休業手当金の日額には上限が定められています。
上限額は、雇用保険法の改正に準じて改正され、変更になる場合があります。
平成 29 年 8 月 1 日以降は、50％の場合 10,165 円、67％の場合 13,622 円が上限額です。

（４）請求手続

□育児休業手当金（変更）請求書【短期様式第 25 号】

□辞令の写し

※一度請求すると毎月請求する必要はありません。

※当該育児休業にかかる子が１歳に達する日までに、育児休業期間を延長された場合や、育児休業終了予定日の前に勤務に復帰した場合は、必ず「育児休業手当金変更請求書」と、それに係る「辞令の写し」を提出してください。

１歳超分

（１）支給要件（延長要件）

要件１： 育児休業に係る子について、保育所への入所希望をして申し込みを行っているが、子が１歳に達する日後の期間について、当面その実施が行われない場合。
※１歳に達する日までに市区町村に１歳の誕生日以前の日を入所希望日として保育所の申し込みをし、誕生日以後の期間について入所できない状態であること。

要件２： 常態として育児休業に係る子の養育を行っている配偶者であって、子が１歳に達する日後の期間について常態として子の養育を行う予定であった者が次のいずれかに該当した場合。

①死亡したとき

②負傷、疾病又は身体上もしくは精神上の障害により育児休業に係る子を養育することが困難な状態になったとき

③婚姻の解消その他の事情により配偶者が育児休業に係る子と同居しないこととなったとき

④６週間（多胎妊娠の場合は１４週間）以内に出産する予定であるか又は、産後８週間を経過しないとき

（２）支給期間

１歳の時点において手当金支給要件に該当する場合に、要件に該当する期間について支給されます。（最大で１歳６か月まで）

（３）支給額

休業中支給分と同じ額

（４）請求手続

□育児休業手当金（1 歳超分）請求書【短期様式第 25 の 1 号】

□当初からの育児休業に係る辞令の写し

□手当金支給の延長要件ごとに下記の必要書類

【要件１の場合】

１ 保育所入所不承諾通知書
（市町村が発行した当面保育が行われない事実を証明する書類）

または、

２ 保育所が発行した、当面保育が行われない事実を証明する書類
３ 所属所より市町村に請求中の記載事項について確認する書類
【短期様式第 25 の 2 号】

保育所入所日及び入所希望日を確認します。
市町村から証明書類が得られない場合は、２または３の書類で確認を行います。

【要件２の場合】

①の場合： 住民票の写し及び母子健康手帳の写し
②の場合： 医師の診断書等及び母子健康手帳の写し
③の場合： 住民票の写し及び母子健康手帳の写し
④の場合： 母子健康手帳の写し

配偶者が、子が１歳に達する日後の期間について常態として養育を行う予定であったことを申告する本人からの申立書の内容については所属所長が確認すること。（公印押印）

※延長要件ごとの申請における添付書類については、原則、毎月提出ですが、入所不承諾通知書に入所できない期間が明示されている場合、医師の診断書等で治癒までの期間が了知できる場合及び１歳６か月までに治癒が見込めない場合は毎月提出する必要はありません。

パパ・ママ育休プラス

（１）支給要件

配偶者が育児休業に係る子の１歳の誕生日の前日までの間に育児休業を取得していること。

（２）支給期間

育児休業の対象となる子どもについて、その父母ともに育児休業を取得する場合、**１年を超えない範囲で子どもが１歳２か月に達する日まで支給**されます。（保育所に入所できない等の延長要件に該当する場合は、組合員とその配偶者ともに子どもが１歳６か月に達する日まで支給されます。支給延長判断はパパ・ママ育休プラス制度により育児休業手当金の支給が１歳以降に延長されている場合、その延長された期間の末日後で判断します。）

◆母は、出産日と産後休暇の期間を含んで１年を超えない範囲となります。

（３）支給額

休業中支給分と同じ額

（４）請求手続

□育児休業手当金請求書【短期様式第 25 号】

□世帯全員について記載された住民票の写し等

（支給対象者の配偶者であることを確認できる書類）

□請求者本人の育児休業承認辞令の写し

□当該子に係る配偶者の育児休業取扱通知書の写し又は辞令書の写し

（配偶者の育児休業の取得を確認できる書類）

４　休業手当金

（１）支給要件及び支給期間

組合員が下記の事由により欠勤し、給料の全部又は一部が支給されない場合に支給されます。ただし、組合員の傷病や出産については、休業手当金は支給されません。

支給事由	支給期間
①被扶養者の病気やケガ （法第70条第１号）	欠勤した全期間 （介護休暇の承認期間は除く）
②組合員の配偶者（内縁関係にある人を含み、被扶養者でなくてもよい）の出産 （法第70条第２号）	出産の日を含む 14 日以内の欠勤した期間
③組合員の公務によらない不慮の災害、又は被扶養者の不慮の災害 （法第70条第３号）	災害発生の日から起算して 5 日以内の欠勤した期間
④組合員の結婚、配偶者（②の配偶者と同じ）の死亡又は被扶養者などの結婚や葬祭 （法第70条第４号）	婚姻の日を含む 7 日以内 死亡の日から起算して 7 日以内の欠勤した期間
⑤組合員の配偶者（内縁関係にある人を含む）、子又は父母で被扶養者でない人の病気やケガ （法第70条第５号）	引き続く 14 日のうち 欠勤した日以内
⑥組合員が出席する高等学校の通信制課程又は大学の通信教育の面接授業 （法第70条第５号）	通信教育の面接授業に要する期間

（２）支給額

１日につき、標準報酬の日額 × 50/100（円位未満切り捨て）

（３）給付の調整

欠勤期間について、報酬の全部又は一部が支給されているときは、休業手当の支給額を調整します。また、傷病手当金又は出産手当金受給期間中は支給されません。

（４）請求手続

□休業手当金請求書【短期様式第 26 号】
□出勤簿の写し
□組合員との続柄がわかる書類
□診断書の写し

５　介護休業手当金

（１）支給要件

組合員が介護休暇の承認を受けた場合に支給されます。

＜要介護家族その他主務省令で定める者＞

① 次のいずれかに該当する者であって、負傷、疾病又は身体上もしくは精神上の障害により日常生活に支障があるもの

ア．配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）
イ．父母
ウ．子
エ．配偶者の父母
オ．祖父母
カ．孫
キ．兄弟姉妹

② 組合員と同居し、かつ、次のいずれかに該当する者であって、負傷、疾病又は身体上もしくは精神上の障害により日常生活に支障があるものその他主務省令で定める者

ア．父母の配偶者
イ．配偶者の父母の配偶者
ウ．子の配偶者
エ．配偶者の子

（２）支給期間

組合員の介護を必要とする者の各々が介護を必要とする一の継続する状態ごとに、介護休業の日数を通算して６６日を超えない範囲で支給されます。

※途中に復職した日があった場合はその期間は繰り延べられることとなり、介護休業を分割して取得した場合は、６６日までは支給対象となります。
※手当金の対象となる日：正規の勤務日（土・日・祝日を除いた日）

（３）支給額

給付日額：標準報酬月額（円位未満切り捨て）× 67/100
又は、
給付上限相当額　（平成 29 年 8 月以降は 14,992 円/毎年 8 月に変更）

◆給付上限相当額 ：「雇用保険法に定める賃金日額」に 30 を乗じ、得た額の 100 分の 67 に相当する額を 22 で除して得た額

（４）報酬との調整

介護休業手当金の支給期間に係る報酬の全部又は一部が支給される場合、介護休業手当金の日額から支給対象日に受ける報酬に相当する金額を差し引いた金額が支給されます。

（p.25「報酬日額の算出方法」表参照）

＜介護休業期間の報酬日額算出方法＞

$$\frac{\text{（給料月額(本俸)＋減額の対象となる手当）×1日}}{\text{介護休業を取得した月の要勤務日数}}$$

（勤務１時間あたりの給与額　銭未満切捨て）

$$-\left[\frac{\text{（給料月額(本俸)＋減額の対象となる手当）×12月}}{\text{（7時間45分×5日）×52週}\ -\text{1日当たりの勤務時間数×国民の祝日・年末年始の休日}}\right]\times\left[\begin{array}{c}\text{（1日あたりの}\\ \text{勤務時間）}\\ \text{7時間45分}\end{array}\right]$$

※網掛け部分がマイナスとなる場合は０円とする。

※勤務時間１時間あたりの給与額の取扱いが県と異なる場合、算出方法はこの限りではありません。

$$+\ \text{減額対象外の手当}\times 1/22$$

（円未満切捨て）

（５）請求手続　　**※請求は経過した月単位ごと**

□介護休業手当金（変更）請求書【短期様式第27号】

□介護休業手当金請求書　添付書類【短期様式第27の1号】

□休暇（欠勤）承認等状況報告書等の休暇の状況がわかる書類

□出勤簿の写し

□給与明細の写し

※休業期間が変更される場合も提出して下さい。

Ⅵ　災害にあった時

１　弔慰金・家族弔慰金

（１）支給要件

組合員又はその被扶養者が**水震火災その他の非常災害により死亡したとき**に支給されます。

「水震火災その他の非常災害」とは、洪水、津波、地震、火災、落雷、竜巻、台風、豪雨、がけ崩れ、なだれ等の主として自然現象をいいますが、列車脱線事故や交通事故、爆発事故など予測し難い事故も含みます。

死亡が予測し難い事故によるものであるかどうかについては、次に掲げる要件に該当するかどうかを考慮して判断します。

① その事故による死亡の要素が、客観的にみて、社会通念上予測し難い不慮の事故であること。
② その事故の直後に、医療効果が得られないような状態で死亡したものであること。
③ その事故による死亡が、原則として、他動的原因に基づくものであること。

（２）支給額

弔　慰　金（組合員死亡の場合）　：　標準報酬月額
家族弔慰金（被扶養者死亡の場合）　：　標準報酬月額 × 70/100

◆ 弔慰金の受給権者は遺族です。

（３）請求手続

□弔慰金（家族弔慰金）請求書【短期様式第 28 号】
□死亡した者の氏名、生年月日、組合員との続柄、死亡した日、死亡場所、死亡の原因及びその状況並びに法第 72 条に規定する非常災害により死亡したことについての市町村長又は警察署長の証明書
□遺族の順位を証明する書類（組合員死亡の場合）

《遺族の範囲》

組合員又は組合員であった者の配偶者、子、父母、孫及び祖父母で、組合員又は組合員であった者の死亡当時にその者によって生計を維持していた者。

生計維持をしていた者とは、組合員または組合員であった者の死亡当時にその者と生計を共にしていた者のうち、年額８５０万円未満の収入である者。または、６５５万５千円以上の所得を将来にわたって有すると認められる者以外の者。

《給付を受けるべき遺族の順位》

1　配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）及び子
2　父母（養父母、実父母 の順）
3　孫
4　祖父母（養父母の養父母、養父母の実父母、実父母の養父母、実父母の実父母 の順）

※子・孫は１８歳に達する日以後の最初の３月３１日までの間にあって未婚の者もしくは死亡当時から引き続き一定の障害状態にある者に限ります。
※同順位者が２人以上あるときは、その給付はその人数によって等分して支給します。

２　災害見舞金

（１）支給要件

組合員が、水震火災その他の非常災害により、その住居又は家財に損害を受けたときに支給されます。

（２）支給額

損害の程度に応じて次の表の区分による金額が支給されます。

損　害　の　程　度	災害見舞金
１　住居及び家財の全部が焼失し、又は滅失したとき。 ２　住居及び家財に前号と同程度の損害を受けたとき。	標準報酬月額の３月分
１　住居及び家財の２分の１以上が焼失し、又は滅失したとき。 ２　住居及び家財に前号と同程度の損害を受けたとき。 ３　住居又は家財の全部が焼失し、又は滅失したとき。 ４　住居又は家財に前号と同程度の損害を受けたとき。	標準報酬月額の２月分
１　住居及び家財の３分の１以上が焼失し、又は滅失したとき。 ２　住居及び家財に前号と同程度の損害を受けたとき。 ３　住居又は家財の２分の１以上が焼失し、又は滅失したとき。 ４　住居又は家財に前号と同程度の損害を受けたとき。	標準報酬月額の１月分
１　住居又は家財の３分の１以上が焼失し、又は滅失したとき。 ２　住居又は家財に前号と同程度の損害を受けたとき。	標準報酬月額の 0.5 月分

家屋が浸水し、上記による損害の程度の認識が困難なとき。

損　害　の　程　度	災害見舞金
床上　120cm 以上	標準報酬月額の１月分
床上　 30cm 以上	標準報酬月額の 0.5 月分

◆　給付額の算定は、住居、家財のそれぞれにつき別個に表を適用して算定した月数を合算します。例えば、住居が全焼、家財の２分の１が焼失した場合、［住居⇒標準報酬月額の２月分］＋［家財⇒標準報酬月額の１月分］＝（計）給料の３月分　となります。ただし、標準報酬月額の３月分が最高支給限度額となります。

◆　同一世帯に組合員が２人以上いる場合には、各組合員それぞれに災害見舞金が支給されます。

◆　組合員とその被扶養者が別居し、被扶養者がり災した場合には、被扶養者の住居又は家財も組合員の住居又は家財の一部として取り扱います。

◆　豪雨によるがけ崩れ等のために立ち退き命令を受け、住居の移転を要する場合には、災害による損害とみなして、災害見舞金を支給します。この場合には、住居移転に必要な経費は、住居等の損害に加算して損害の程度を算定します。

（３）非常災害、住居及び家財の意義

① 「非常災害」とは、主として天災をいいます。自動車が住宅に衝突した場合など人為的な災害は含まれますが、「盗難」は該当しません。

② 「住居」とは、現に組合員が生活の本拠として居住する建造物つまり所有権の有無にかかわらず組合員が日常生活を行っている建物をいい、自宅、公務員宿舎、公営住宅、借家、借間の別は問いません。また、「住居」（起居の場所）に台所、浴室、洗面所、廊下等の家屋を構成する部分は含まれますが、別棟の離れ、物置、門、塀等は含まれません。

③ 「家財」とは、住居以外の社会生活上必要な一切の財産をいいます。ただし、山林、田畑、宅地、貸家等の不動産及び現金、預貯金、有価証券等は含みません。なお、家財の場合は住居と異なり、組合員及び被扶養者の所有の物に限られます。

（４）請求手続

災害が発生した場合は、共済組合から現地調査をすることがありますので、罹災直後にまず電話で給付・年金係までご連絡ください。

その後、請求手続をおこなってください。

□災害見舞金請求書【短期様式第 29 号】
□罹災報告書〔1〕【短期様式第 29 号の 1】
□罹災報告書〔2〕【短期様式第 29 号の 2】
□罹災証明書
【短期様式第 29 号の 3、もしくは市町村長、消防署長又は警察署長が交付するもの】
□罹災状況のわかる写真（住居全体・罹災箇所）

Ⅶ　第三者加害行為（交通事故等）にあったとき

１　組合員証の使用について

組合員や被扶養者が、交通事故など第三者による加害行為（いわゆる第三者加害行為）によってけが等をされた場合、治療費は加害者（加害者が加入する自賠責保険、任意保険等含む）が負担するべきものであるため、原則として組合員証等は使用できません。

しかし、加害者に賠償資力に欠ける、あるいは組合員や被扶養者にも過失がある等で賠償問題解決まで時間がかかり治療費がかさむ、というような場合、当共済組合の承諾を得て、所定の書類を提出すれば組合員証等を使用することができます。

組合員証等を使用すると、加害者が負担すべき治療費の３割を組合員が負担、７割を当共済組合が給付（負担）します。給付した７割の治療費等は組合員に代わって当共済組合が加害者（加害者が加入する自賠責保険、任意保険等含む）に請求することになります。
その際、組合員証等使用の連絡や報告がないと、給付金の請求･回収が困難になり、組合員の皆さまからの共済掛金に損失を被ることとなります。

第三者加害行為にあわれたときは、必ず当共済組合にご連絡いただき、速やかに下記の手続きをおこなってください。

２　手続き手順

（１）当共済組合に連絡

※公務災害、通勤災害に該当する場合、組合員証等は使用できません。（ｐ.38 参照）
※事前に承諾を得ないで組合員証等を使用して治療を受けられた場合､共済組合が負担した治療費を組合員に返還していただくことになりますので注意してください。
※医療機関等を受診される際は、窓口で「共済組合が組合員証等の使用を承諾している」旨を伝えてください。

（２）書類の提出

当共済組合の連絡後､組合員証等を使用する場合は下記の書類を速やかに提出してください。

組合員証等を使用しない場合でも、①～③をご提出ください。

① 事故報告書（短期様式第 41 号）
② 事故発生状況報告書（短期様式第 41 号の 1）
③ 事故証明書(自動車安全運転センター発行のもの)
④ 損害賠償申告書（短期様式第 41 号の 2）
⑤ 加害者の自動車損害賠償責任保険等加入状況調書（短期様式第 41 号の 3）
⑥ 確約書（短期様式第 41 号の 4）
⑦ 誓約書（短期様式第 41 号の 5）
⑧ 医師の診断書
⑨ 加害者との交渉状況報告書（短期様式第 41 号の 6）
⑩ 同意書(短期様式第 41 号の 7)

組合員証等を使用した場合

・本来加害者が負担すべき治療費を当共済組合が一時立て替え払いしたこととなり、共済組合が支払った治療費を限度に、被害者である組合員等が加害者に対して有している損害賠償請求権を共済組合が代位取得します。

・転院されるとき、完治したとき、示談交渉されるときには必ず共済組合へ事前に連絡してください。

組合員証等を使用しない場合

・**当初の診療に組合員証等を使用しない場合でも、上記①～③の書類を提出してください。**

その後の事情の変更や後遺症の発生等で、やむを得ず組合員証等を使用しなければならない場合があります。

全額自費で負担していたり、加害者が医療費を支払っていたとしても、当共済組合への連絡と書類の提出をお願いします。

3　給付の調整及び不当利得の返還について

（1）給付を受ける権利を有する者が、加害者から同一の事由について損害賠償を受けたときは、その価額の限度で給付を停止します。

（2）給付を受ける権利を有する者が、加害者から損害賠償を受けた場合に、その損害賠償による損害の補填に相当する給付以外の給付（弔慰金等）については調整しません。

（3）給付を受ける権利を有する者が、損害賠償請求権の全部又は一部を放棄した場合には、その限度において当共済組合は給付を停止します 。

共済組合が給付した後に、その損害賠償請求権が既に放棄されていることが判明した場合、組合員は、不当利得として共済組合が給付した金額を返還しなければなりません。

4　加害者との示談について

第三者との間に示談を行おうとする場合は、共済組合が代位取得している損害賠償請求権を、勝手に放棄しないよう特に留意してください。また、示談の話し合いに入ったときは共済組合に連絡し、示談内容について当共済組合の承認を受けてください。

そして、加害者と示談交渉を行うとき及び示談が成立したときは、p.36 の２（２）⑨「加害者との交渉状況報告書」（短期様式第 41 号の 6）を提出してください。

5　公務災害との調整について

組合員の公務又は通勤途上における病気・負傷等の場合には、地方公務員災害補償法に基づく補償等を受けることとなるため、当共済組合からは給付等を行いません。

公務災害と思われる場合は公務災害補償基金（県の教職員課又は各市町村の人事担当課内）に照会してください。

第三者加害行為にあったときの留意事項

●運転者の確認

（氏名・連絡先・相手の自賠責保険/任意保険の保険会社名/契約者/保険証書番号・目撃者の確保〔氏名/連絡先等〕・営業車のときは会社名/代表者名）

●どんな小さな事故でも、警察に連絡し、事故の確認を受ける

●共済組合に必ず連絡する

●医師の診断を受ける（後日、症状が出る場合があります）

●示談は急がず慎重にする

Ⅷ　公務災害・通勤災害にあったとき

公務災害・通勤災害と組合員証の使用

１　災害の状況から公務（通勤）災害が明らかである場合

災害の状況から公務（通勤）災害であることが明らかな傷病の場合は、組合員証を使用して治療を受けることはできません。

このような場合の治療に要した費用等は、原則として地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）から補償されますので、基金の指示に従って必要な手続を行ってください。

なお、次に掲げる場合に発生した災害は、原則として公務上（通勤）の災害として取り扱われますが、詳しくは基金にお問い合わせ願います。

（１）公務災害として取り扱われる場合

①　通常又は臨時に割り当てられた職務を遂行又は付随行為をしている場合
②　出張又は赴任の期間中である場合（合理的な経路及び方法によらない場合を除く）
③　勤務を要しない日、休日及び年末年始の休暇に特に勤務することを命ぜられた場合の出勤又は通勤途上の場合
④　任命権者が計画し実施したレクリエーションに参加している場合
⑤　公務に起因することが明らかな疾病と認められる場合

（２）通勤災害として取り扱われる場合

①　勤務のため、その者の住居と勤務場所との間を通勤届上の経路及び方法により往復行為中の場合
②　公務災害として取り扱われるレクリエーションに参加するための往復行為中の場合

２　災害の状況から公務（通勤）災害に該当するかどうか明らかでない場合

（１）交通事故等第三者加害行為の場合

①　基金から「公務外又は通勤災害非該当」であるとの決定がなされるまでは組合員証を使用して治療を受けることはできません。
②　「公務外又は通勤災害非該当」の通知を受けた場合は、同通知を共済組合に提出し、第三者加害行為による報告をしてください。

（２）第三者加害行為以外の場合

公務・通勤災害認定請求中に組合員証を使用する場合は、下記の書類を提出してください。

①　提出書類

□公務・通勤災害認定請求中にかかる組合員証使用報告書

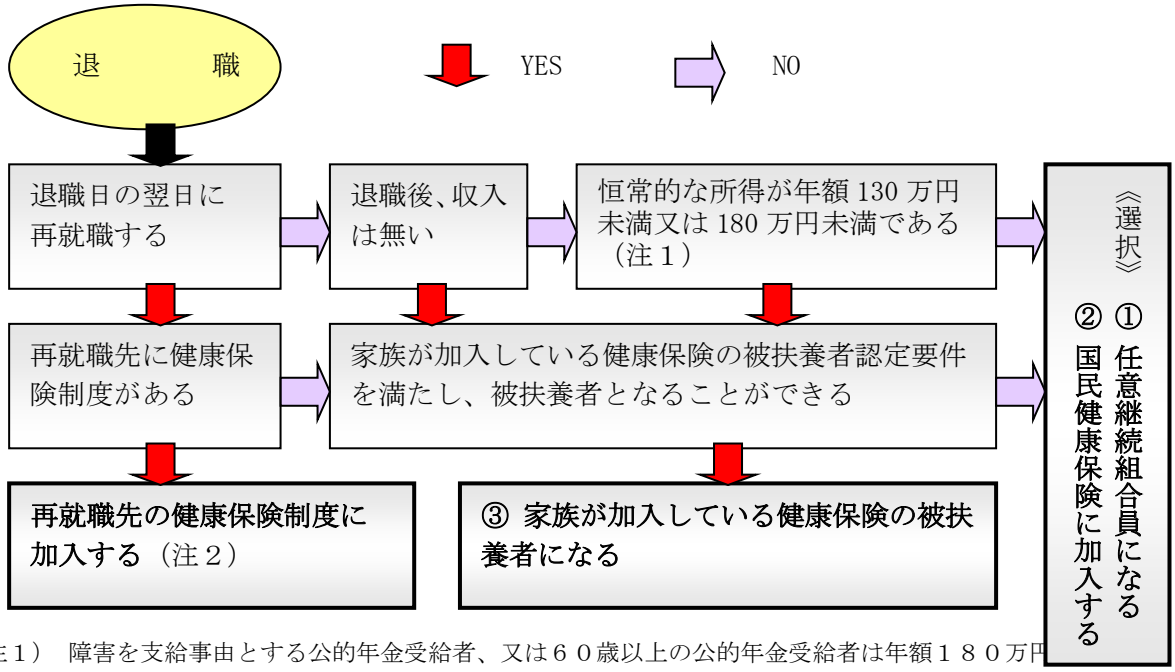
【短期様式第 51 号】

第７章　退職後の医療制度

退職日の翌日より、組合員証(保険証)は使用できませんので、新たに健康保険制度の加入手続きをおこなわなければなりません。

退職後に加入する健康保険制度は、再就職を除き「任意継続組合員」・「国民健康保険」・「家族が加入している健康保険の被扶養者」の３択になります。

退職後の状況等を確認の上、下記のフローチャート等を参考にして自分に適した制度を選択し、手続きをおこなってください。



（注１）　障害を支給事由とする公的年金受給者、又は６０歳以上の公的年金受給者は年額１８０万円

（注２）手続きは、就職先の担当者にお問い合わせください。

	① 任意継続組合員	② 国民健康保険	③ 家族の健康保険の被扶養者
加入者条件	退職日の前日まで引き続き１年以上組合員であった者で、退職日より 20 日以内に手続きをし、かつ掛金を納めた者	日本国内に住所があり、他の公的な健康保険に加入していない者	・扶養されている事実があり、恒常的な所得が年額 130 万円未満又は 180 万円未満の者。 **※健康保険組合によって、取扱いが異なる場合があります。**
特徴	・退職時の標準報酬月額をもとに掛金を算出。 ・一部負担金払戻金・家族療養費附加金等の共済独自の上乗せ給付がある。 ・加入できる期間は２年。	・保険料は前年の所得、本年度の固定資産税、加入家族数、世帯割り等により算出される。 ・世帯での上限額があり、何人加入しても保険料は上限額まで。	被扶養者として認定されれば、被扶養者分の保険料は不要。
医療負担	出生から小学校就学前まで　…医療費の 2 割 小学校就学後から 69 歳まで …医療費の 3 割 70 歳から 74 歳まで（高齢受給者） 平成 26 年 4 月 1 日以前に 70 歳となった者（誕生日が昭和 19 年 4 月 1 日までの者）… 医療費の 1 割 平成 26 年 4 月 2 日以降に 70 歳となった者（誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以降の者）… 医療費の 2 割 （ただし、組合員が 70 歳以上で現役並所得者の場合は 3 割）		

Ⅰ　それぞれの健康保険制度について

1　任意継続組合員

組合員が退職後も引き続き当共済組合の短期給付を受け、福祉事業の利用を希望することを申し出た場合、当共済組合の組合員とみなし（「任意継続組合員」という。）、一般組合員とほぼ同様の短期給付を受けることができます。

（1）加入者の条件

退職日の前日まで引き続き１年以上組合員であった者

※「引き続き１年以上組合員であった者」の期間には、同じ地共法上の共済組合（市町村共済組合･地方公務員共済組合･警察共済組合）や国家公務員共済組合の組合員期間を通算して考えることができる、とされています。

例①

人事異動で平成25年4月1日から平成29年3月30日まで市町村職員共済組合の加入し、平成29年3月31日に公立学校共済組合に戻り、そのまま同日付けで退職した場合

➡ 公立学校共済組合の組合員期間は１日だけですが、その前の市町村職員共済組合の組合員期間は１年以上あり、期間も空きがなく引き続いていることから、加入者の条件を満たしているため、任意継続組合員となることが可能です。

例②

平成28年4月1日に採用され、平成29年3月31日に退職した場合

➡ 平成28年4月1日から平成29年3月30日（退職日の前日）までは１年以上の期間には１日足りず、「引き続き１年以上」とはならないことから、加入者の条件を満たしていないため、任意継続組合員となる資格がありません。

（2）加入手続き

退職日より起算して20日以内に下記の提出書類を所属所長を経由して支部長に提出し、かつ掛金を納入してください。

※期日に間に合わない場合、正当な理由（天災地変または交通・通信のスト等に限る）により当共済組合が認めれば、この限りではありません。（知らなかった、或いは忘れていた等は理由として認められません）

①　提出書類

□任意継続組合員資格取得申出書

※所属所で退職日付けの受付印を押印してください。

※上記の書類等は、退職される方に配布する『退職者のしおり』に掲載しています。このしおりは、年度末退職者には［退職者説明会］で配布しますが、中途退職者の場合は随時送付しますので当共済組合までご連絡ください。

②　掛金の納入

退職日より起算して20日以内に加入月分を支払い、以後の掛金は翌月分を前月末日までにお支払いください。

※①の書類提出が当共済組合で確認でき次第、掛金の払込書を組合員の自宅へ送付します。期日に間に合わない場合、任意継続組合員に加入できなくなります。

③　任意継続組合員証の交付

掛金の納入が確認でき次第、任意継続組合員証をご自宅に送付します。

※被扶養者がいる場合は、併せて任意継続組合員被扶養者証を送付します。

任意継続組合員はその名のとおり希望（任意）による加入ですので、書類の提出がなくても、提出を促す連絡はおこないません。

また、加入手続きが可能な期間は「退職日から20日以内」と限られた期間ですので、加入を迷われている場合は、他の健康保険等との検討と並行して、とりあえず上記の手続きを進めておくことをおすすめします。

（３）加入できる期間

２年間（途中で脱退することはできますが、再度加入することはできません。）

（４）掛金額

任意継続掛金（1 か月分）※円未満の端数切り捨て

＝ 任意継続掛金の算定の標準となる標準報酬月額 × 掛金率

① 任意継続掛金の算定の標準となる標準報酬月額

次のア、イのうち、どちらか低い方の額を任意継続掛金(短期任意継続掛金＋介護任意継続掛金)の算定の標準となる標準報酬月額とします。

ア． 退職時の標準報酬月額

イ． 公立学校共済組合員の平均標準報酬月額(平成 29 年度は 410,000 円)

② 掛金率

短期任意継続掛金 … 86.2/1000(平成 29 年度)

介護任意継続掛金 … 11.58/1000(平成 29 年度)

※介護任意継続掛金は、介護保険第２号被保険者（40 歳以上 65 歳未満の者）のみ徴収します。

※平均標準報酬月額・掛金率は、年度ごとに変わる場合があります。

（５）払込方法

下記のどちらかの払込方法（前納方法）を選択し、お支払いいただきます。

① 4 月～翌年 3 月までの 12 か月分（1 年分）

② 4 月～9 月・10 月～翌年 3 月までの 6 か月分ずつ（半年分）

※数か月の加入のみ月払い可能

※年度途中退職者は、任意継続組合員の資格取得月の翌月以後の 2 か月以上の期間を上記の払込方法に合わせて前納していただきます。

※複利現価法による割引があります。

※払込書による支払い。

（６）払込期日

退職日より起算して 20 日以内に加入月分を支払い、以後の掛金は翌月分を前月末日までにお支払いください。

期限までにお支払いがなければ、加入資格が喪失します。

（７）給付等

各休業手当金を除き、引き続き在職中と同じ短期給付を受けることができます。

給付額の算定には、任意継続掛金の算定の標準となる標準報酬月額を用います。

★任意継続組合員は長期掛金の徴収がありません。

国民年金は 60 歳まで加入する必要がありますので、**60 歳未満で退職された場合は、居住地の市町村役場もしくは最寄りの年金事務所で国民年金の加入手続きをおこなってください。**

60 歳未満の配偶者を扶養している場合も同様に国民年金の加入手続きが必要です。

（８）任意継続組合員の被扶養者の認定

任意継続組合員は引き続き組合員であるものとみなされるので、在職中に認定している被扶養者は、明らかに疑問と思われるものを除きそのまま被扶養者として認定します。

任意継続組合員期間中の被扶養者の新規認定や取消については、当共済組合への申告が必要です。

なお、被扶養者の収入状況の確認は毎年７月におこないます。

（９）任意継続組合員の資格の喪失

次のいずれかに該当する場合、任意継続組合員の資格を喪失します。

① 任意継続組合員となった日から２年を経過したとき（期間満了）
② 死亡したとき
③ 期日までに任意継続掛金の払込みがなかったとき
④ 就職当により他の健康保険に加入したとき
⑤ 国民健康保険及び家族の加入する健康保険の被扶養者となるとき

※①～③は該当する日の翌日、④は該当する日が資格喪失日となります。
⑤は月途中での喪失ができないため、申し出のあった月の翌月１日が資格喪失日となります。

※掛金の前納期間を経過する前に資格喪失された場合、未経過期間に係る掛金は還付します。

任意継続組合員に係る給付の請求や各種申告等は退職時の所属所は経由せず、当共済組合に直接請求していただくこととなります。

ご提出いただく書類は、連絡をいただきましたら任意継続組合員の自宅へ送付します。

２　国民健康保険

社会保険（組合）等に本人及び被扶養者として加入していなければ、国民健康保険に加入することになります。また、当共済組合の任意継続組合員になられた場合、再就職及び家族の加入する健康保険の被扶養者となる以外の脱退及び２年間の期間満了後は、国民健康保険に加入することになります。

（１）加入手続き

退職（任意継続組合員の場合は資格喪失）後、14 日以内に居住地の「市区町村の国民健康保険担当課」へお問い合わせください。

（２）保険料

算定方法は、各市区町村により多少異なりますが、前年の所得や本年度の固定資産税などにより算出されます。

３　家族が加入している健康保険の被扶養者になる

（１）加入者の条件

恒常的な所得が年額 130 万円未満の者。障害年金受給者及び 60 歳以上の公的年金受給者（所得の全部もしくは一部が公的年金等）の場合は、年額 180 万円未満。

※ただし、健康保険制度により多少取扱いが異なる場合がありますので、詳細については、家族が加入している健康保険組合へお問い合わせください。

退職後すぐに被扶養者になれないこともありますので、お早めにご確認ください。

※配偶者が当共済組合の場合、認定要件を満たしていれば、被扶養者としてすぐに認定することができます。

（２）加入手続き

ご家族が加入されている健康保険の担当者へお問い合わせください。

Ⅱ　退職後（資格喪失後）に受けることのできる短期給付

給付名	給付要件
出産費	・１年以上組合員であった者が、退職後６か月以内に出産したとき ・任意継続組合員が出産したとき ・任意継続組合員の資格喪失後６か月以内に出産したとき
埋葬料	・組合員が、退職後３か月以内に死亡したとき ・任意継続組合員が死亡したとき ・任意継続組合員の資格喪失後３か月以内に死亡したとき
出産手当金	１年以上組合員であった者が、退職の際、出産手当金を受ける要件を満たしていたが、給料支給との調整によりこれを受けず退職したとき
傷病手当金	・１年以上組合員であった者が、退職の際、公務によらない傷病により勤務に服せず、傷病手当金を受けているとき ・１年以上組合員であった者が、退職の際、傷病手当金を受ける要件を満たしていたが、これを受けず退職し、なお引き続いて労務に服せないとき

Q.「任意継続組合員」と「国民健康保険」で迷った場合、どちらに加入すべきか

① 掛金（保険料）の比較

➡ **掛金（保険料）が安い方に加入する**

・任意継続組合員
退職時の標準報酬月額を基に掛金を算出。
被扶養者がいる場合、被扶養者の掛金は不要。

・国民健康保険
前年の所得等から保険料を算出される。
扶養という考え方がないため、世帯で加入する人数によって保険料が異なる。
ただし、世帯での上限額があり、何人加入しても保険料は上限額まで。

★任意継続掛金は退職時の標準報酬月額を基に算出するため、1年目も2年目も金額はほとんど変わりませんが、国民健康保険は前年の所得等から保険料を算出するため、退職後1年目より2年目の方が保険料が安くなる場合が多いです。

★1年目は国民健康保険料より任意継続掛金の方が安い場合が多いですが、同一世帯ですでに国民健康保険に加入している家族がいる場合は一概にそうともいえませんので、確認した上で比較してください。

★1年目は任意継続掛金の方が安く、2年目は国民健康保険の方が安い場合が多いです。
その場合、2年目は任意継続を脱退して国民健康保険に切り替えることが可能です。

例

家族構成：配偶者（自営業）のみ。
配偶者は国民健康保険（保険料：年額50万円）に加入中で、世帯上限額は81万円。
任意継続の掛金：年額37万円

・任意継続組合員
・国民健康保険
} どちらに加入すべきか？

国民健康保険の保険料は31万円（81万円－50万円）を超えることはない。
国民健康保険の方が任意継続の掛金より6万円安い保険料で加入できる。

② 給付内容の比較

➡ **給付内容が充実している方に加入する**

・任意継続組合員には附加給付という共済組合独自の上乗せ給付がある。
ただし、医療機関等での窓口負担が25,000円を超える等しなければ、給付金は発生しませんので、日頃からそれほど高額な自己負担がない場合は、給付内容よりも掛金（保険料）を比較して加入されることをおすすめします。

Q.「結局何に加入すべきか判断に困る」という場合…

➡ **比較や検討に時間が必要で決断できない等の場合は、とりあえず任意継続組合員への加入手続きを進めておくことをおすすめします。**

いったん他の健康保険に加入されると任意継続組合員に加入することができないうえに、任意継続の加入手続きは退職日から20日以内となっており、それを過ぎると加入資格がなくなります。

任意継続組合員への加入手続きと並行して、他の健康保険についても検討していただき、変更したい場合は加入を取りやめることも可能です。

第８章　提出書類の様式等

（給付関係）

短期様式第21号

共済組合 受付印

所属所 受付印

1、療　養　費
2、家族療養費
請求書

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
※決定額　円	

診療区分（該当を○で囲む）			
入院	外来	歯科	その他

療養者氏名		性別・続柄	男　・　女　続柄　（　　）
生年月日	年　月　日（　歳）	認定年月日	年　月　日
傷病名		傷病の原因（該当を○で囲む）	1、第三者加害行為　（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害　（申請中） 3、その他
療養に要した費用	円		
請求金額	円	療養期間	年　月　日　から
初診年月日	年　月　日		年　月　日　まで
医療機関名及び所在地		※療養の日数	日
区分	1．保険医療機関　2．保険薬局　3．その他　（　）		

組合員証を使用しなかった理由（該当を○で囲む）	1、治療用装具購入
	2、組合員証　（　交付申請中・不携帯〔理由：　〕）
	3、はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療
	4、その他　（

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　㊞
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
印
所属所長名
電話番号

注意事項　1、請求書には領収書等(原本)の証拠書類及び次の書類を添付してください。
（1）短期様式第21号の1、2（医科・歯科の場合）または3（はり・きゅう・マッサージの場合）
（2）治療用装具代の請求には、医師の意見書
2、添付書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語訳を添えてください。
3、※印欄は記入しないでください。
4、市町村等へ医療費助成の申請をされる場合は、当該療養費の給付決定通知書を持参してください。

※支部記入欄	診療金額	法定給付	高額療養	薬剤一部負担金	入院時食事療養費

短期様式第21号

組合員の療養　…1
被扶養者の療養…2

1、療　養　費
2、家族療養費

請求書

共済組合
受付印

所属所
29.7. 3
受付印

治療用装具を装着したとき

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額　　円

診療区分（該当を○で囲む）			
入院	外来	歯科	その他

療養者氏名	坂本　龍一	性別・続柄	男 ・ 女　続柄（長男）
生年月日	平成 13 年 5 月 9 日（16 歳）	認定年月日	平成 13 年 5 月 9 日
傷病名	関節ねんざ	傷病の原因	1、第三者加害行為（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害（申請中） 3、その他 （該当を○で囲む）
療養に要した費用	10,000		
請求金額	7,000	療養期間	平成 29 年 6 月 15 日から 年 月 日まで
初診年月日	平成 29 年 6 月 15 日		

被扶養者の場合、認定日を記入

装具の購入日を記入

医療機関名及び所在地	○○市○○町　○○整形外科	※療養の日数	日
区分	1. 保険医療機関　2. 保険薬局　3. その他（　）		

組合員証を使用しなかった理由	1、治療用装具購入
	2、組合員証（交付申請中 ・ 不携帯〔理由:　〕）
	3、はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療
	4、その他（　）

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 7 月 3 日

請求者
〒 630－8213
住　所　奈良市登大路町　999－9
職名・氏名　教諭　坂本　龍馬　㊞
電話番号　0742－22－××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 3 日

所属所名　○○市立福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742－３３－××××

注意事項　1、請求書には領収書等（原本）の証拠書類及び次の書類を添付してください。
（1）短期様式第21号の1、2（医科・歯科の場合）または3（はり・きゅう・マッサージの場合）
（2）治療用装具代の請求には、医師の意見書
2、添付書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語訳を添えてください。
3、※印欄は記入しないでください。

※支部記入欄	診療金額	法定給付	高額療養	薬剤一部負担金	入院時食事療養費

短期様式第21号

組合員の療養　…1
被扶養者の療養…2

1、療　養　費
2、家族療養費
請求書

共済組合
受付印

所属所
29. 7. 3
受付印

医療機関等で療養を受けたとき

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6
※決定額　　円	

診療区分(該当を○で囲む)			
入院	外来	歯科	その他

療養者氏名	坂本　龍馬　（被扶養者の場合、認定日を記入）	性別・続柄	男・女　続柄（本人）
生年月日	昭和 35 年 7 月 1 日（57 歳）	認定年月日	年　月　日
傷病名	右足骨折	傷病の原因	1、第三者加害行為（原則加害者負担） 2、公務(通勤)災害（申請中） 3、その他
療養に要した費用	40,000 円		
請求金額	円	療養期間	平成 29 年 6 月 15 日から 年　月　日まで
初診年月日	平成 23 年 1 月 15 日		
医療機関名及び所在地	○○県○○郡○○町　雪山診療所	※療養の日数	日
区分	1. 保険医療機関　2. 保険薬局　3. その他（		

組合員証を使用しなかった理由	1、治療用装具購入
	2、組合員証（交付申請中・不携帯〔理由：スキー旅行に組合員証を持っていかなかったため〕）（理由を詳細に記入）
	3、はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療
	4、その他（　　）

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 7 月 3 日

請求者
〒 630－8213
住　所　奈良市登大路町　999－9
職名・氏名　教諭　坂本　龍馬　㊞
連絡先 ☎　0742−22−××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 3 日

所属所名　○○市立福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742−３３−××××

（1）の書類が必要ですので、医療機関で記入を依頼してください。

注意事項
1、請求書には領収書等(原本)の証拠書類及び次の書類を添付してください。
（1）短期様式第21号の1、2（医科・歯科の場合）または3（はり・きゅう・マッサージの場合）
（2）治療用装具代の請求には、医師の意見書
2、添付書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語訳を添えてください。
3、※印欄は記入しないでください。

※支部記入欄	診療金額	法定給付	高額療養	薬剤一部負担金	入院時食事療養費

短期様式第21号

組合員の療養　…1
被扶養者の療養…2

共済組合
受付印

所属所
29.7.10
受付印

はり･きゅう、あんま･マッサージなどの治療を受けたとき

1、療　養　費
2、家族療養費
請求書

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額　　円

診療区分(該当を○で囲む)			
入院	外来	歯科	その他

療養者氏名	坂本　龍馬　（被扶養者の場合、認定日を記入）	性別･続柄	男 ・ 女　続柄（本人）
生年月日	平成 35 年 7 月 1 日（ 57 歳）	認定年月日	年　月　日
傷病名	腰痛症	傷病の原因	1、第三者加害行為（原則加害者負担） 2、公務(通勤)災害（申請中） 3、その他
療養に要した費用	7,450 円		
請求金額	5,215 円	療養期間	平成 29 年 6 月 1 日から 平成 29 年 6 月 30 日まで
初診年月日	平成 29 年 6 月 1 日		
医療機関名及び所在地	○○市○○町　○○鍼灸院	※療養の日数	日
区分	1. 保険医療機関　2. 保険薬局　3. その他（　）		

組合員証を使用しなかった理由	
	1、治療用装具購入
	2、組合員証（交付申請中 ・ 不携帯〔理由:　〕）
	3、はり･きゅう、あんま･マッサージなどの治療
	4、その他（　）

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 7 月 10 日

請求者
〒 630－8213
住　所　奈良市登大路町　999－9
職名･氏名　教諭　坂本　龍馬　㊞
電話番号　0742－22－××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 10 日

所属所名　○○市立福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742－３３－××××

（1）の書類が必要ですので、医療機関で記入を依頼してください。

注意事項　1、請求書には領収書等(原本)の証拠書類及び次の書類を添付してください。
（1）短期様式第21号の1、2（医科・歯科の場合）または3（はり・きゅう・マッサージの場合）
（2）治療用装具代の請求には、医師の意見書
2、添付書類が日本語で作成されていないものであるときは、日本語訳を添えてください。
3、※印欄は記入しないでください。

※支部記入欄	診療金額	法定給付	高額療養	薬剤一部負担金	入院時食事療養費

短期様式第２１号の１

（入院 ・ 外来）　　年　　月分　診療報酬領収済明細書

組合員証記号番号	記号	番号	保険者番号	共済組合支部名称
	公立奈良		34290015	公立学校共済組合奈良支部

組合員住所・氏名		公務上	公務外
受診者住所・氏名	年　月　日生		

傷病名	初診	当月開始	診療日数	終診	転帰				
					治癒	繰越	死亡	転医	中止
①	年　月　日	年　月　日	日	年　月　日					
②	年　月　日	年　月　日	日	年　月　日					

臨床学的所見		理化学的所見	

診療内容			摘要
項目	内訳		
診察料	初診	点	
	再診	点	
	在宅	点	
投薬料	内服 薬剤	単位　点	
	内服 調・処	× 回　点	
	頓服 薬剤	単位　点	
	頓服 調・処	× 回　点	
	外用 薬剤	単位　点	
	外用 調・処	× 回　点	
注射料	（皮）（筋）（静）（動）の別を記入	回　点	
		回　点	
		回　点	
処置料	処置名	回　点	
		回　点	
		回　点	
手術料	手術名	回　点	
		回　点	
検査料	検査名	回　点	
		回　点	
レントゲン料	透視 撮影　切　枚	点	
その他		点	

1点単価	円	薬剤一部負担金額	円

食事	基準	円 × 日間
		円 × 日間
		円 × 日間
		円 × 日間

入院	入院年月日	年　月　日
	院 診 衣	入院料
		× 日間 × 日間 × 日間　点
		入院時医学管理料
		× 日間 × 日間 × 日間　点
特定入院料・その他		

合計		
療養の給付	請求	負担金額
	点	円
食事療養	請求	標準負担額
	日　円	円

領収済額　　円

年　月　日

様

上記のとおり領収しました。

医療機関の所在地及び名称　　印

1、この明細書は、組合員証を使用しないで医師から診療を受け、又はこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
2、この明細書は、1か月ごとに記入してください。

別紙様式第２１号の１

（入院 ・ 外来） 平成 29 年 6 月分 診療報酬領収済明細書

組合員証記号番号	記号	番号	保険者番号	共済組合支部名称
	公立奈良	123456	34290015	公立学校共済組合奈良支部

組合員住所・氏名	坂本 龍馬 奈良市登大路町 ９９９－９	公務上	公務外
受診者住所・氏名	上記に同じ 昭和 35 年 7 月 1 日生		

傷病名	初診	当月開始	診療日数	終診	転帰				
					治癒	繰越	死亡	転医	中止
① インフルエンザ	平成29年 6月 15 日	平成29年 6月 15 日	1 日	年 月 日					
②	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日					

臨床学的所見		理化学的所見	

診療内容

項目	内訳			
診察料	初診		270	点
	再診			点
	在宅			点
投薬料	内服 薬剤	8	単位	48 点
	内服 調・処	9 × 1	回	9 点
	頓服 薬剤	8	単位	16 点
	頓服 調・処	×	回	点
	外用 薬剤		単位	点
	外用 調・処	×	回	点
注射料	（皮）（筋）（静）（動）の別を記入		回	点
			回	点
			回	点
処置料	処置名		回	点
			回	点
			回	点
手術料	手術名		回	点
			回	点
検査料	検査名	1	回	284 点
			回	点
レントゲン料	透視 撮影	切	枚	点
その他				42 点
入院	入院年月日	年 月 日		
	院 診 衣	入院料		
		× 日間		
		× 日間		
		× 日間		点
		入院時医学管理料		
		× 日間		
		× 日間		
		× 日間		点
特定入院料・その他				

摘要

- シンメトレ錠 50 mg 錠 7 × 4
- ニポラジン錠 3 mg 錠
- PL顆粒 3 g 5 × 4
- ロキソニン錠 60 mg 錠 2 × 8
- インフルエンザウイルス抗原精密測定 140 × 1
- 免疫学的検査判断料 144 × 1

処方 42 × 1

1点単価	10 円	薬剤一部負担金額	円

食事	基準		
		円 ×	日間
		円 ×	日間
		円 ×	日間
		円 ×	日間

合計		
療養の給付	請求	負担金額
	点	円
食事療養	請求	標準負担額
	日 円	円

領収済額 6,690 円

上記のとおり領収しました。

坂本 龍馬 様

平成 29 年 6 月 15 日

医療機関の所在地及び名称 〇〇市〇〇町 〇〇病院

㊞

1、この明細書は、組合員証を使用しないで医師から診療を受け、又はこれらの医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。
2、この明細書は、1か月ごとに記入してください。

短期様式第２１号の２

年　月分　診療報酬領収済明細書（歯科）

組合員証記号番号	記号	番号	保険者番号	共済組合支部名称
	公立奈良		34290015	公立学校共済組合奈良支部

組合員住所・氏名		公務上	公務外
療養者住所・氏名	年　月　日生		

部位及び傷病名		転帰				
		治癒	繰越	死亡	転医	中止

初診	年　月　日	当月開始	年　月　日	診療日数	日	終診	年　月　日

診療内容							摘要
項目					内訳		
診察料	初診				点	経過及び診療事実に関する理由	
投薬料	内(頓)服薬				剤投与　日分		
	外用薬				回　日分		
注射料	皮下筋肉				回　日分		
	静脈内				回　日分		
処置料（硬）	スケーリング				歯　日分		
	普通処置				回　日分		
	複根管				回　日分		
	抜髄				歯　日分		
	根充				歯　日分		
	基本検査				日分		
充填料	アマルガム				歯　日分		
	セメント	硅	燐		歯　日分		
インレー料	金合金	ポスト	複雑かどうか		歯　日分		
	銀合金				歯　日分		
補てつ料	義歯				歯　日分		
	金属こう	14K	特殊鋼	不銹鋼	レスト有無	歯　日分	
	パラタルバー	リンガルバー□	特殊鋼	不銹鋼		歯　日分	
	歯冠性続歯	14K	ﾚｼﾞﾝ	陶歯		歯　日分	
	支台築造	銀	ア	セ		歯　日分	
	金属冠	金	金パラ	銀合金		歯　日分	
	その他						
手術料	抜歯					歯　日分	
	手術					日分	
	その他					日分	
処置料	歯石除去					回　日分	
						日分	
レントゲン料その他						日分	
合計						点	
領収済額						**円**	

初診の日の診療に要した額	円
入院の初日	年　月　日
薬剤負担	円

上記のとおり領収しました。

年　月　日

様

医療機関の所在地及び名称　　印

※この明細書は、組合員証を使用しないで歯科医師から診療を受け、又は、その医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

別紙様式第２１号の２

平成29年 2月分 診療報酬領収済明細書（歯科）

組合員証記号番号	記号	番号	保険者番号	共済組合支部名称
	公立奈良	123456	34290015	公立学校共済組合奈良支部

組合員 住所・氏名	坂本　龍馬 奈良市登大路町　999-9	公務上	公務外
療養者 住所・氏名	上記に同じ 昭和　35　年　7　月　1　日生		

部位及び傷病名			転帰				
			治癒	繰越	死亡	転医	中止
7	7						
7	7						

初診	平成29年 6月 15日	当月開始	平成29年 6月 15日	診療日数	1 日	終診	年 月 日

診療内容

項目				内訳	経過及び診療事実に関する理由
診察料	初診			180 点	
投薬料	内(頓)服薬			剤投与 日分	
	外用薬			回 日分	
注射料	皮下筋肉			回 日分	
	静脈内			回 日分	
処置料（硬）	スケーリン			歯 64 日分	
	普通処置			回 日分	
	複根管			回 日分	
	抜髄			歯 日分	
	根充			歯 日分	
	基本検査			200 日分	
充填料	アマルガム			歯 日分	
	セメント	硅	燐	歯 日分	
インレー料	金合金	ポスト	複雑かどうか	歯 日分	
	銀合金			歯 日分	
補てつ料	義歯			歯 日分	
	金属こう	14K 特殊鋼	不銹鋼	レスト有無 歯 日分	
	パラタルバー	リンガルバー□	特殊鋼	不銹鋼 歯 日分	
	歯冠性続歯	14K	ﾚｼﾞﾝ	陶歯 歯 日分	
	支台築造	銀	ア	セ 歯 日分	
	金属冠	金	金パラ	銀合金 歯 日分	
	その他				
手術料	抜歯			歯 日分	
	手術			日分	
	その他			日分	
処置料	歯石除去			回 日分	
				日分	
レントゲン料その他				日分	
合計				444 点	
領収済額				4,440 円	

摘要

初診の日の診療に要した額	円
入院の初日	年 月 日
薬剤負担	円

上記のとおり領収しました。

坂本　龍馬　様

平成 29 年 6 月 16 日

医療機関の所在地及び名称　〇〇市〇〇町　〇〇歯科医院

※この明細書は、組合員証を使用しないで歯科医師から診療を受け、又は、その医師の処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

短期様式第21号の3

年　　月分　診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号	公立奈良	共済組合支部名称	公立学校共済組合奈良支部
組合員 住所・氏名			公務上
受給者 住所・氏名	年　月　日生		公務外
傷病名		傷病の年月日	年　月　日
		傷病の経過	
傷病の原因			

施術開始 年月日	年　月　日	施術終了 年月日	年　月　日	転帰	治癒 転医	継続中 中止	

施術の種類		回数	1回の料金	加算料金		施術料金	施術を行った時期
初検料			円	深夜 時間外	円	円	月　日
往診料			円	夜間、難路、暴風・雨雪　km		円	
施術料	はり		円			円	自　月　日
	きゅう		円			円	
	二重併用		円			円	至　月　日
	マッサージ		円	局所	温あん料有無		自　月　日
			円				至　月　日
その他				施術日 （○を付ける）	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		
				領収 済額	円	一部負担金	円

上記のとおり領収しました。

様

年　月　日

マッサージ
はり・きゅう師
整復師

住所

氏名　㊞

※「傷病の原因」欄は、具体的に詳しく記入して下さい。
※ 標準回数を超過した場合には、その理由を記入して下さい。
※ この明細書は、整体師、はり・きゅう師などからの施術を受けた場合に用いて下さい。
※ 医師の同意書を添付して下さい。

短期様式第21号の3

平成29年　6月分　診療報酬領収済明細書

組合員証記号番号	公立奈良　123456	共済組合支部名称	公立学校共済組合奈良支部
組合員 住所・氏名	坂本　龍馬 奈良市登大路町９９９-９		公務上
受給者 住所・氏名	同上 昭和３５ 年 ７ 月 １ 日生		公務外
傷病名	神経痛	傷病の年月日	年　月　日
		傷病の経過	
傷病の原因			
施術開始年月日	平成２９年 ６月１日	施術終了年月日	平成２９年 ６月３０日
転帰	治癒　継続中 転医　中止		

施術の種類	回数	1回の料金	加算料金		施術料金	施術を行った時期
初検料		円	深夜 時間外	円	円	月　日
往診料		円	夜間、難路、暴風・雨雪　km		円	
施術料 はり		円			円	自 ６ 月 １ 日
施術料 きゅう		円			円	
施術料 二重併用	５	１５２０円			円	至 ６ 月 ３０日
施術料 マッサージ		円	局所	温あん料有無		自　月　日
		円				至　月　日
その他			施術日（○を付ける） 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			
			領収済額	７６００円	一部負担金	2242　円

上記のとおり領収しました。

坂本　龍馬　様

平成２９年 ６月３０日

マッサージ
はり・きゅう師
整復師

住所　〇〇市〇〇町

氏名　〇〇鍼灸院　㊞

※「傷病の原因」欄は、具体的に詳しく記入して下さい。
※ 標準回数を超過した場合には、その理由を記入して下さい。
※ この明細書は、整体師、はり・きゅう師などからの施術を受けた場合に用いて下さい。
※ 医師の同意書を添付して下さい。

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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

Attending Physician's Statement
診 療 内 容 明 細 書

Form A

様式A

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

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

3. Date of first Diagnosis
   初診日 ___ . ___ . ___

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

5. Type of Treatment
   治療の分類

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

   ☐ Outpatient or Home Visit ___ / / . / / ___
   入院外 ___ / / . / / ___

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

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

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

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

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

    Name Last(姓) First(名) Title(称号)
    Address Home(自宅) Phone(電話)
    Office(病院または診療所) Phone
    Date(日付) ___ . ___ . ___ Signature(署名)

Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)
診療録の番号 _____

様式A　邦訳

2．傷病名及び健康保険用国際疾病分類番号

6．症状の概要

7．処方、手術その他の処置の概要

翻訳者

住所

氏名　　㊞

電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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

Form C
様式C

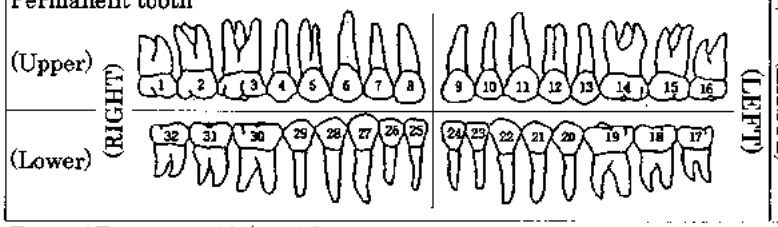
Attending Dentist's Statement
歯 科 診 療 内 容 明 細 書

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

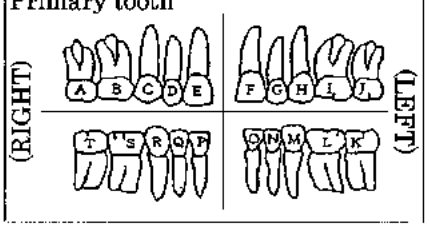
2. Date of first Diagnosis 初診日 . .

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

Permanent tooth



Primary tooth



Type of Treatment 治療の分類

Dental Treatment 歯科治療	Localization of Teeth Examined 患歯部位	Date MO.	DA.	YR.	Fee 治療費
Iinitial 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)

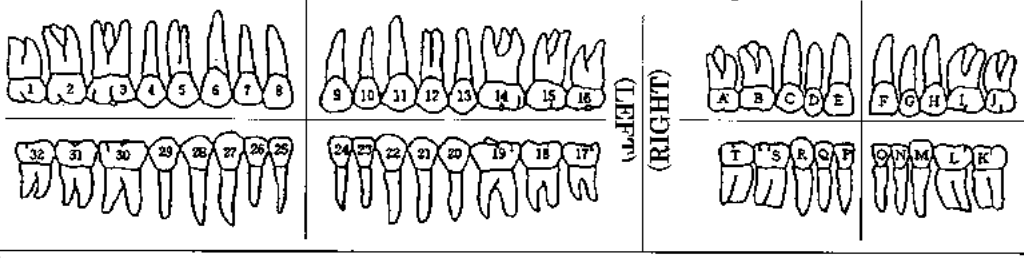
Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C　邦訳

Permanent tooth　　Primary tooth

(Upper)　(RIGHT)　(LEFT)　(RIGHT)　(LEFT)



(Lower)

治療の分類

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

翻訳者

住所

氏名　　㊞

電話

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　　㊞

電話

調査に関わる同意書　Agreement of Authorization

・治療開始日　＿＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

・Starting date of medication　Year＿＿＿＿ Month＿＿＿＿ Day＿＿

・患者

（患者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（生年月日）＿＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

・Patient

（Name of patient）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Date of birth）　Year＿＿＿＿Month＿＿＿＿ Day＿＿

公立学校共済組合奈良支部　御中

私（療養を受けた者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は、公立学校共済組合奈良支部の職員又は公立学校共済組合奈良支部が委託した事業者が、海外療養費申請書類にある事実（療養行為を行った日時、場所、療養内容）を確認するため、申請書類の提供等によって、療養行為を行った者に照会を行い、当該者から照会に対する情報の提供を受けることに同意します。また、上記確認にあたり、パスポートのコピーが必要となる場合には、パスポートを公立学校共済組合奈良支部に提示することも併せて同意します。

To: *Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Nara Branch*

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

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

署名・押印欄　Signature

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

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

（氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（日付）＿＿＿＿年 ＿＿＿月 ＿＿＿日

（患者との関係）：本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他〔　　〕

（Signature）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Address）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（Date）　Year＿＿＿＿Month＿＿＿＿ Day＿＿

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

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

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

短期様式第22号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

1. 移 送 費
2. 家族移送費

請求書

移送者氏名 (生年月日)	年 月 日 (歳)	性別・続柄	男 ・ 女 続柄 ( )
		認定年月日	年 月 日
付添人氏名	(※移送に際して付添があった場合)	付添人住所	
医師の意見 傷病の原因	1、第三者加害 (原則加害者負担) 2、公務 (通勤) 災害 (申請中) 3、その他	診療開始日 (主病)	年 月 日
		入院日	年 月 日
傷病名			
移送 移送の区間	自 至	移送の方法 及び年月日	(年 月 日)
移送を必要とする理由	(具体的に記入してください)		

上記の理由により移送を必要とする。

年 月 日 医療機関名

印
医師氏名

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年 月 日 〒

請求者
住 所
印
職名・氏名
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所名

印
所属所長名

電話番号

注意事項
1、請求書には証拠書類 (領収書等の原本) を添付してください。
2、組合員・被扶養者をそれぞれ別々に請求してください。

短期様式第22号

共済組合

組合員の療養　…1
被扶養者の療養 …2

所属所

29. 8. 1
支付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額

円

1. 移 送 費

2. 家族移送費

請求書

移送者氏名（生年月日）	坂本　龍馬 昭和 35 年 7 月 1 日（ 57 歳）		認定年月日	男・女　続柄（ 本人 ） 年　月　日
付添人氏名	（※移送に際して付添があった場合）		付添人住所	
医師の意見 傷病の原因	1、第三者加害（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害（申請中） 3、その他		診療開始日（主病）	平成 29 年 7 月 20 日
			入院日	年　月　日
傷病名	眼球打撲			
移送 移送の区間	自 〇〇郡〇〇村診療所 至 〇〇病院		移送の方法及び年月日	〇〇村診療所救急車使用（有料） （平成 29 年 7 月 20 日）
移送を必要とする理由	（具体的に記入してください） 高度の視力障害・前房出血・虹彩炎のため、緊急治療を要した。			

上記の理由により移送を必要とする。

平成 29 年 7 月 20 日

医療機関名　〇〇市立〇〇町　〇〇病院

医師氏名　勝　海舟　印

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 8 月 1 日

請求者

〒 630-8213

住所　奈良市登大路町999-9

職名・氏名　教諭　坂本　龍馬　印

電話番号　0742−22−××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 8 月 1 日

所属所名　〇〇市立福利中学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　0742−33−××××

注意事項
1、請求書には証拠書類（領収書等の原本）を添付してください。
2、組合員・被扶養者をそれぞれ別々に請求してください。

短 期 様 式 第 2 3 号

共済組合受付印

所属所受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
※決定額　　円	
※控除額　　円	

1. 傷 病 手 当 金
請求書
2. 傷病手当金附加金

（該当番号を〇で囲む）

組合員氏名		資格取得日	年　月　日
生年月日	年　月　日（　歳）	退職年月日	年　月　日
勤務できなくなった 最初の日	年　月　日	請求期間	年　月　日　から 年　月　日　まで
請求期間の 標準報酬月額	第　等級 円	医師の証明	別紙のとおり 添付書類（短期様式第23号の1）

年金等の請求又は受給状況（1～3いずれかに〇をつけてください）

1、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等の請求予定はありません。
2、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を請求中もしくは請求する予定です。
3、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を受給しています。

※傷病手当金と同一の傷病による障害共済（厚生）年金等を遡って受給した場合は、傷病手当金を速やかに返納していただきます。

障害共済（厚生）年金	円	左記の支給開始日	年　月　日
障害基礎年金	円	左記の支給開始日	年　月　日
障害一時（手当）金	円	左記の支給開始日	年　月　日
退職老齢年金	円	左記の支給開始日	年　月　日

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

〒

請求者

住　所

職名・氏名　　㊞

電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名

所属所長名　　印

電話番号

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。
2、請求書及び添付書類は月毎に提出してください。
3、「短期様式第23号の１（医師の証明を受けたもの）」及び、辞令書の写し、診断書の写し、出勤簿の写しを添付してください。
4、初回請求時及び給与が支給される際は、「報酬支給額証明書」及び給与明細書の写し（特休月分、8割休職月分の２枚）を添付してください。
5、年金等を受給されている方は、年金額のわかる書類（振込通知書、年金改定通知書等の写し等）を添付してください。

短 期 様 式 第 2 3 号

※記入例

該当番号を〇で囲む

共済組合受付印

29. 7. 6
所属所受付印

退職者は受付印の押印不要

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6
※決定額　　円	
※控除額　　円	

1. 傷 病 手 当 金

2. 傷病手当金附加金

請求書

（該当番号を〇で囲む）

組合員氏名	坂本　龍馬	資格取得日	昭和　58　年　4　月　1　日
生年月日	昭和　37　年　7　月　1　日（　55　歳）	今回の請求期間 ※請求は月毎	年　月　日
勤務できなくなった最初の日	平成　27　年　11　月　1　日	請求期間	平成　29　年　6　月　1　日　から 平成　29　年　6　月　30　日　まで
年金を受けていない場合も、必ず〇をつけてください。	第　23　等級 410,000　円	医師の証明	別紙のとおり 添付書類（短期様式第23号の1）

年金等の請求又は受給状況（1～3いずれかに〇をつけてください）

1、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等の請求予定はありません。
2、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を請求中もしくは請求する予定です。
3、傷病手当金と同一傷病による障害事由の年金等を受給しています。

※傷病手当金と同一の傷病による障害共済(厚生)年金等を遡って受給した場合は、傷病手当金を速やかに返納していただきます。

障害共済(厚生)年金	円	左記の支給開始日	年　月　日
障害基礎年金			年　月　日
障害一時(手当)金			年　月　日
退職老齢年金	円	左記の支給開始日	年　月　日

年金を受給する場合は、ご記入ください。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成　29　年　7　月　4　日

〒　630－8213

請求者

住　所　奈良市登大路町９９９－９

職名・氏名　教諭　坂本　龍馬　㊞

電話番号　0742－22－××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　29　年　7　月　6　日

所属所名　〇〇市立福利中学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　0742－33－××××

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。
2、請求書及び添付書類は月毎に提出してください。
3、「短期様式第23号の１（医師の証明を受けたもの）」及び、辞令書の写し、診断書の写し、出勤簿の写しを添付してください。
4、初回請求時及び給与が支給される際は、「報酬支給額証明書」及び給与明細書の写し（特休月分、8割休職月分の２枚）を添付してください。
5、年金等を受給されている方は、年金額のわかる書類（振込通知書、年金改定通知書等の写し等）を添付してください。

（短期様式第23号の1）

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

〔傷病手当金・同附加金請求書 添付書類〕

（※傷病手当金請求書及び同附加金請求書に必ず添付してください）

	傷病名	発病年月日	勤務できない期間
		年　月　日	年　月　日から 年　月　日まで

療養のため勤務できないことに関する医師の証明

（傷病者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿は（　　）のため、勤務に就くことができないことを証明する。

年　月　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

＿＿年＿＿月＿＿日（勤務できなくなった最初の日）から＿＿年＿＿月＿＿日（今回請求する月の末日）まで出勤しなかった期間の給料の支給は次のとおりです。

		給料支給割合
療養開始年月日（勤務できなくなった最初の日）	年　月　日	割
休職発令年月日	年　月　日	割
	年　月　日	割

＿＿年＿＿月＿＿日から＿＿年＿＿月＿＿日（今回請求する月の末日）現在、

在職中で（特別休暇／休職（８割）／無給休職）であることに相違ありません。

所属所長又は給与事務担当者　所属所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※支部記入欄（記入不要）

【報酬との調整】

報酬月額＿＿＿＿×1/22＝報酬日額＿＿＿＿（10円位未満四捨五入）

報酬日額＿＿＿＿×2/3＝報酬日額＿＿＿＿（円位未満四捨五入）

給付日額＿＿＿＿×支給日数＿＿＿＿＝支給額＿＿＿＿

支給額＿＿＿＿－控除額＿＿＿＿＝支給決定額＿＿＿＿

【障害共済(厚生)年金との調整】

障害共済(厚生)年金の額＿＿＿＿×1/264＝年金日割額＿＿＿＿

支給決定額＿＿＿＿×支給日数＿＿＿＿＝控除額＿＿＿＿

【障害一時(手当)金との調整】

退職時の標準報酬月額＿＿＿＿×1/22　×2/3＝標準報酬日額＿＿＿＿

障害一時(手当)金の額＿＿＿＿÷給付日額＿＿＿＿＝調整日数＿＿＿＿（小数点以下の端数切り上げ）

支給再開年月日＿＿年＿＿月＿＿日（退職の日の翌日から土日を除いて調整日数を経過した日）

給付日額×調整日数＿＿＿＿－障害一時(手当)金の額＿＿＿＿＝支給再開日における支給額＿＿＿＿

【今回支給日数】

＿＿月分　支給日数＿＿＿＿日

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				

（短期様式第23号の1）

※記入例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

〔傷病手当金・同附加金請求書　添付書類〕

請求書及び同附加金請求書に必ず添付してください）

医師の証明欄

傷病名	発病年月日	勤務できない期間
くも膜下出血・脳内出血	平成 27 年 11 月 1 日	平成 29 年 6 月 1 日から 平成 29 年 6 月 30 日まで

療養のため勤務できないことに関する**医師の証明**

（傷病者氏名）坂本　龍馬　は〔左半身に麻痺があり、現在リハビリテーション中〕のため、勤務に就くことができないことを証明する。

平成 29 年 7 月 3 日

医療機関名　〇〇市〇〇町　〇〇病院

医師氏名　勝　海舟　㊞

請求する月の末日以降に医療機関で証明を受けてください。

給与に関する証明欄

平成 27 年 11 月 1 日（勤務できなくなった最初の日）から 平成 29 年 6 月 30 日（今回請求する月の末日を記入）まで出勤しなかった期間の給料の支給は次のとおりです。

		給料支給割合
療養開始年月日（勤務できなくなった最初の日）	平成 27 年 11 月 1 日	10 割
休職発令年月日	平成 28 年 5 月 1 日	8 割
	平成 29 年 5 月 1 日	0 割

平成 29 年 5 月 1 日から 平成 29 年 6 月 30 日（今回請求する月の末日を記入）現在、

該当するものに〇をつけてください。

在職中〔特別休暇 / 休職（８割）/ 無給休職〕であることに相違ありません。

所属所長又は給与事務担当者　所属所名　〇〇市立福利中学校

職名・氏名　校長　高杉　晋作　印

※支部記入欄（記入不要）

【報酬との調整】

報酬月額＿＿＿＿＿＿×1/22＝報酬日額＿＿＿＿＿＿（10円位未満四捨五入）

報酬日額＿＿＿＿＿＿×2/3＝報酬日額＿＿＿＿＿＿（円位未満四捨五入）

給付日額＿＿＿＿＿＿×支給日数＿＿＿＿＿＿＝支給額＿＿＿＿＿＿

支給額＿＿＿＿＿＿－控除額＿＿＿＿＿＿＝支給決定額＿＿＿＿＿＿

【障害共済(厚生)年金との調整】

(厚生)年金の額＿＿＿＿＿＿×1/264＝年金日割額＿＿＿＿＿＿

支給決定額＿＿＿＿＿＿×支給日数＿＿＿＿＿＿＝控除額＿＿＿＿＿＿

【障害一時(手当)金との調整】

退職時の標準報酬月額＿＿＿＿＿＿×1/22　×2/3＝標準報酬日額＿＿＿＿＿＿

障害一時(手当)金の額＿＿＿＿＿＿÷給付日額＿＿＿＿＿＿＝調整日数＿＿＿＿＿＿（小数点以下の端数切り上げ）

支給再開年月日　　年　　月　　日（退職の日の翌日から土日を除いて調整日数を経過した日）

給付日額×調整日数＿＿＿＿＿＿－障害一時(手当)金の額＿＿＿＿＿＿＝支給再開日における支給額＿＿＿＿＿＿

【今回支給日数】

支給日数　＿＿＿＿月分　＿＿＿＿＿＿日

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				

別 添１

報酬支給額証明書（傷病手当金）

年　月の報酬について、下記のとおり証明します。

年　月　日

証明者
（所属所長または給与事務担当者）
所　属
役　職
氏　名　　印
（連絡先TEL　　）

組合員番号	
組合員氏名	

標準報酬月額	
	円
当該請求月の支給対象日数（1か月分）	
	日
年金額合計（年額）	
	円

期間		A	B	C
		年　月　1　日から　日まで	年　月　日から　日まで	年　月　日から　日まで
上記期間の支給対象日数		A1　日	A2　日	A3　日
給与支給割合		割	割	割
報酬① 減額の対象となる手当 種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	支給実績
給料月額				
給料の調整額				
地域手当				
義務教育等教員特別手当				
合計		B1　円	B2　円	B3　円
報酬② 減額対象外の手当 種別	本来の支給額	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
減額対象科目 教職調整額		× ＝	× ＝	× ＝
減額対象科目 扶養手当		× ＝	× ＝	× ＝
減額対象科目 住居手当		× ＝	× ＝	× ＝
減額対象科目 通勤手当		× ＝	× ＝	× ＝
減額対象科目		× ＝	× ＝	× ＝
その他		× 1.0 ＝	× 1.0 ＝	× 1.0 ＝
その他		× 1.0 ＝	× 1.0 ＝	× 1.0 ＝
その他		× 1.0 ＝	× 1.0 ＝	× 1.0 ＝
その他		× 1.0 ＝	× 1.0 ＝	× 1.0 ＝
合計		C1　0　円	C2　0　円	C3　0　円

※この調書には手を加えないでください。

支給額算定調書

年金額/264…Ⅰ	0
①＞Ⅰとなる日	年金控除額
F1	
F2	
F3	

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

（1） 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額　　標準報酬日額
（　　）円 × 1/22 ＝ （　　）円（10円未満四捨五入）

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

報酬②	
C1	
C2	
C3	

（2） 報酬の日額　　（3） 支給対象日数　　（4） 控除額

（F1　　円）… ②　①＞ ②　となる日（　　日）…. ③　② × ③ ＝　　円
（F2　　円）… ②’　①＞ ②’ となる日（　　日）…. ③’　②’ × ③’ ＝　　円
（F3　　円）… ②”　①＞ ②” となる日（　　日）…. ③”　②” × ③” ＝　　円
計（　　日）…. ④　計　　円

※ 本来の控除額 年金控除額と（4）控除額を比較	
	円
	円
	円
計	円
…. ⑤	

（5） 支給額の決定

給付日額①　支給対象日数④　控除額⑤　給付決定額
（　　円 × 　　日）－ 　　円＝ 　　円

★当共済組合HP から様式（Excel形式）をダウンロードして作成してください。
《公立学校共済組合奈良支部HP → 手続きナビ → 短期給付の手続き → 休業給付の手続き → 傷病手当金/傷病手当金附加金の請求手続き → （様式１）報酬支給額証明書 Excel形式》

は入力必須の項目
は適宜入力する項目
は入力不要(自動計算)

報酬支給額証明書（傷病手当金）※入力例

平成28年３月13日まで特休
平成28年３月14日以後休職(８割)となり、傷病手当金が生じる場合

平成 29 年 3 月の報酬について、下記のとおり証明します。

・計算式は変更しないでください
・セルのコメント欄の説明もご確認ください。

平成 29 年 4 月 7 日

証明者（所属所長または給与事務担当者）
所　属　□□□□学校
役　職　主査
氏　名　○○　○○　印
（連絡先TEL　△△－△△△△　）

組合員番号	△△△△△△
組合員氏名	○○　○○○

標準報酬月額
440,000 円
当該請求月の支給対象日数（1か月分）
23 日
年金額合計（年額）
円

期間		平成 29 年 3 月 1 日から 13 日まで	平成 29 年 3 月 14 日から 31 日まで	平成 年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数		A1 9 日	A2 14 日	A3 日
給与支給割合		10 割	8 割	割
報酬① 減額の対象となる手当 種別	本来の支給額	支給実績	支給実績	支給実績
給料月額	331,600	129,756 円	161,474 円	
給料の調整額	0	0 円	0 円	
地域手当	18,043	7,060 円	8,786 円	
義務教育等教員特別手当	8,000	3,130 円	0 円	
	0	0 円	0 円	
	0	0 円	0 円	
合　計		B1 139,946 円	B2 170,260 円	B3
報酬② 減額対象外の手当 種別	本来の支給額	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来支給
減額対象科目 教職調整額	13,264	13,264 × 1.0 = 13,264 円	13,264 × 0.8 = 10,611 円	
減額対象科目 扶養手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 0.8 = 0 円	× =
減額対象科目 住居手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 1.0 = 0 円	× =
減額対象科目 通勤手当	0	0 × 1.0 = 0 円	0 × 0.8 = 0 円	× =
減額対象科目		× =	× =	× =
その他		× 1.0 =	× 1.0 =	× 1.0 =
その他		× 1.0 =	× 1.0 =	× 1.0 =
その他		× 1.0 =	× 1.0 =	× 1.0 =
その他		× 1.0 =	× 1.0 =	× 1.0 =
合　計		C1 13,264 円	C2 10,611 円	C3 0 円

※要確認
休職中、義務教育等教員特別手当が支給されない場合は、計算式を削除して0円と入力してください。
(奈良県での取扱いですので、市長村費の場合はご確認ください。)

※この調書には手を加えないでください。

支　給　額　算　定　調　書

年金額/264…1	0
①＞1となる日	年金控除額
F1	
F2	
F3	

※F1～F3欄の金額に1円未満の端数が生じる場合には、端数を切り捨てた金額となります。

（1） 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 (440,000)円 × 1/22 ＝ 標準報酬日額 (20,000)円（10円未満四捨五入）

標準報酬日額 (20,000) × 支給割合 (2/3) ＝ 給付日額 (13,333)円（1円未満四捨五入） ……①

報酬②	
C1	13,264
C2	10,611
C3	0

（2） 報酬の日額
(F1 16,152 円) … ②
(F2 12,643 円) … ②'
(F3 円) … ②"

（3） 支給対象日数
①＞ ② となる日(0 日) …… ③
①＞ ②' となる日(14 日) …… ③'
①＞ ②" となる日(日) …… ③"
計 (14 日) …… ④

（4） 控除額
② × ③ ＝ 0 円
②' × ③' ＝ 177,002 円
②" × ③" ＝ 円
計 177,002 円

※ 本来の控除額
年金控除額と（4）控除額を比較
0 円
177,002 円
円
計 177,002 円

（5） 支給額の決定

給付日額① (13,333 円 × 支給対象日数④ 14 日) － 控除額⑤ 177,002 円 ＝ 給付決定額 9,660 円

給付決定額が生じる場合は、傷病手当金を請求していただくことになります。

自動的に計算された結果が表示されますので、このシートには手を加えないでください。

傷病手当金試算シート

別添２

標準報酬の月額	0 円

給与の支給割合	100分の

給付額	当試算シートの下部参照

給付額		0円	0円	0円	0円
報酬① 減額の対象となる手当		支給対象日数が	支給対象日数が	支給対象日数が	支給対象日数が
種別	本来の支給額	A1 20日 の場合	A2 21日 の場合	A3 22日 の場合	A4 23日 の場合
給料月額		円	円	円	円
地域手当		円	円	円	円
義務教育等教員特別手当		円	円	円	円
		円	円	円	円
合　計		B1 0 円	B2 0 円	B2 0 円	B3 0 円
報酬② 減額対象外の手当		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
種別	本来の支給額				
給与減額の給与種目 教職調整額		× =	× =	× =	× =
扶養手当		× =	× =	× =	× =
住居手当		× =	× =	× =	× =
		× =	× =	× =	× =
		× =	× =	× =	× =
合　計		C1 0 円	C2 0 円	C2 0 円	C3 0 円

支　給　額　算　定　調　書

報酬日額	支給対象日数	20日の場合	21日の場合	22日の場合	23日の場合
	報酬①	D1 （B1÷A1） 0.00 円	D2 （B2÷A2） 0.00 円	D3 （B3÷A3） 0.00 円	D4 （B4÷A4） 0.00 円
	報酬②	E1 （C1÷22） 0.00 円	E2 （C2÷22） 0.00 円	E3 （C3÷22） 0.00 円	E4 （C4÷22） 0.00 円
	合計	F1 （D1＋E1） 0 円	F2 （D2＋E2） 0 円	F3 （D3＋E1） 0 円	F4 （D4＋E4） 0 円

（1） 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額　　標準報酬日額
（ 0 ）円 × 1/22 ＝ （ 0 ）円 （10円未満四捨五入）

標準報酬日額　　支給割合　　給付日額
（ 0 ） ×（ 2 / 3 ） ＝ 0 円 （1円未満四捨五入） ……①

（2） 報酬の日額　（3） 支給対象日数　（4） 控除額

（F1	0 円）	・・・②	①＞②	となる日（	0 日）	・・・・ ③	② × ③ ＝	0 円
（F2	0 円）	・・・②’	①＞②’	となる日（	0 日）	・・・・ ③’	②’ × ③’ ＝	0 円
（F3	0 円）	・・・②”	①＞②”	となる日（	0 日）	・・・・ ③”	②” × ③” ＝	0 円
（F4	0 円）	・・・②”	①＞②”	となる日（	0 日）	・・・・ ③”	②” × ③” ＝	0 円

（5） 支給額の決定

支給対象日数	給付日額①		支給対象日数④		控除額⑤		給付額
20日 の場合	（ 0 円	×	0 日） −		0 円 ＝		0 円
21日 の場合	（ 0 円	×	0 日） −		0 円 ＝		0 円
22日 の場合	（ 0 円	×	0 日） −		0 円 ＝		0 円
23日 の場合	（ 0 円	×	0 日） −		0 円 ＝		0 円

★当共済組合ＨＰ から様式（Excel形式）をダウンロードして作成してください。
《公立学校共済組合奈良支部ＨＰ → 手続きナビ → 短期給付の手続き → 休業給付の手続き → 傷病手当金/傷病手当金附加金の請求手続き → （様式２）傷病手当金試算シート Excel形式》

傷病手当金試算入力シート

※入力例
休職(８割)期間中の給与額を入力して試算する場合

※　色つきのセルに入力してください。

１　給与明細や休職発令の辞令等（以下「給与明細等」という。）から特休・休職中に支給されている給与種目を確認し、必要に応じて　イ　に種目を入力してください。

（例）「今後…給料、扶養手当、調整手当、…のそれぞれ100分の〇〇を支給し…」
「今後休職の期間中、従前のとおり給与を支給する。」等

ア.給与明細等に記載されている特休・休職中にも支給されている給与種目を確認してください。

給料月額	教職調整額	義務教育等教員特別手当	地域手当	扶養手当	住居手当

※**給料の調整額は給料月額に含むこととします。**
※期末手当及び勤勉手当は、傷病手当金の算出にあたり調整対象となりません。
※義務教育等教員特別手当は、休職期間中は支給されません（奈良県の取扱い。市町村費の場合はご確認ください）。

イ.上記ア以外に特休・休職中に支給されている給与種目があれば入力してください。

減額の対象となる手当		手当

減額の対象手当外		手当
		手当

ここで入力された手当は、２の表と試算シート(試算例)に反映されます。

２　特休・休職中に支給されている給与の金額を入力してください。

特休・休職中に支給されている給与種目について減額前の金額を入力してください。

※給料の調整額は給料月額に含めて入力してください。

給与種目	支給額
給料月額	331,600円
教職調整額	13,264円
義務教育等教員特別手当	0円
地域手当	18,043円
扶養手当	0円
住居手当	0円

休職期間中、支給されない場合は、０円で試算してください。

給与の支給割合を入力する

100分の	80

２、３で入力された金額や支給割合は、試算シート(試算例)に反映されます。

３　標準報酬月額を入力してください。

標準報酬月額	440,000円

※　休職による標準報酬月額の改定は行われません。

★当共済組合ＨＰ から様式（Excel形式）をダウンロードして作成してください。
《公立学校共済組合奈良支部ＨＰ → 手続きナビ → 短期給付の手続き → 休業給付の手続き → 傷病手当金/傷病手当金附加金の請求手続き → （様式２）傷病手当金試算シート Excel形式》

自動的に計算された結果が表示されますので、このシートには手を加えないでください。

傷病手当金試算シート

※試算例

計算式は変更せず、割合のみ手入力してください。

標準報酬の月額	440,000 円

給与の支給割合	100分の 80

給付額が生じる場合、傷病手当金を請求していただくことになります。

給付額		0円	0円	3,014円	15,870円
報酬① 減額の対象となる手当		支給対象日数が	支給対象日数が	支給対象日数が	支給対象日数が
種別	本来の支給額	A1 20日 の場合	A2 21日 の場合	A3 22日 の場合	A4 23日 の場合
給料月額	331,600	265,280 円	265,280 円	265,280 円	265,280 円
地域手当	18,043	14,434 円	14,434 円	14,434 円	14,434 円
義務教育等教員特別手当	0	0 円	0 円	0 円	0 円
		円	円	円	円
合　計		B1 279,714 円	B2 279,714 円	B2 279,714 円	B3 279,714 円
報酬② 減額対象外の手当		本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合	本来の支給額 × 左の手当に対する期間内の支給割合
種別	本来の支給額				
給与減額の給与種目 教職調整額	13,264	13,264 × 0.8 = 10,611	13,264 × 0.8 = 10,611	13,264 × 0.8 = 10,611	13,264 × 0.8 = 10,611
扶養手当	0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0
住居手当	0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0	0 × 0.8 = 0
		× =	× =	× =	× =
		× =	× =	× =	× =
合　計		C1 10,611 円	C2 10,611 円	C2 10,611 円	C3 10,611 円

支　給　額　算　定　調　書

報酬日額	支給対象日数	20日の場合	21日の場合	22日の場合	23日の場合
	報酬①	D1（B1÷A1） 13,985.70 円	D2（B2÷A2） 13,319.71 円	D3（B3÷A3） 12,714.27 円	D4（B4÷A4） 12,161.47 円
	報酬②	E1（C1÷22） 482.32 円	E2（C2÷22） 482.32 円	E3（C3÷22） 482.32 円	E4（C4÷22） 482.32 円
	合計	F1（D1＋E1） 14,468 円	F2（D2＋E2） 13,802 円	F3（D3＋E1） 13,196 円	F4（D4＋E4） 12,643 円

（1） 休業給付金の日額の算定

標準報酬月額 （ 440,000 ）円 × 1/22 ＝ 標準報酬日額 （ 20,000 ）円 （10円未満四捨五入）

標準報酬日額 （ 20,000 ） ×（ 支給割合 2 / 3 ） ＝ 給付日額 13,333 円 （1円未満四捨五入） ……①

（2） 報酬の日額

（F1 14,468 円） ・・・②
（F2 13,802 円） ・・・②’
（F3 13,196 円） ・・・②”
（F4 12,643 円） ・・・②”

（3） 支給対象日数

①＞② となる日（ 0 日） …… ③
①＞②’ となる日（ 0 日） …… ③’
①＞②” となる日（ 22 日） …… ③”
①＞②” となる日（ 23 日） …… ③”

（4） 控除額

② × ③ ＝ 0 円
②’ × ③’ ＝ 0 円
②” × ③” ＝ 290,312 円
②” × ③” ＝ 290,789 円

（5） 支給額の決定

支給対象日数	給付日額①	支給対象日数④	控除額⑤	給付額
20日 の場合	（ 13,333 円 ×	0 日） −	0 円 ＝	0 円
21日 の場合	（ 13,333 円 ×	0 日） −	0 円 ＝	0 円
22日 の場合	（ 13,333 円 ×	22 日） −	290,312 円 ＝	3,014 円
23日 の場合	（ 13,333 円 ×	23 日） −	290,789 円 ＝	15,870 円

給付額が生じる場合、傷病手当金を請求していただくことになります。

短期様式第24号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

※附加金決定額
円

出産手当金請求書（休業給付）

組合員氏名		資格取得日	年　月　日
（生年月日）	年　月　日（　歳）	退職年月日	年　月　日
出産予定日	年　月　日	勤務できなかった期間	年　月　日　から 年　月　日　まで
出産年月日	年　月　日		
請求期間の標準報酬月額	第　等級 円	請求期間	年　月　日　から 年　月　日　まで
医師又は助産師の証明	（出産者名）　は、出産予定日は　年　月　日　であったが、 年　月　日　に　出産（多胎）・　死産　・　流産（妊娠85日以上）したことを　証明する。 年　月　日 医療機関名 ㊞ 医師氏名		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

〒

請求者
住　所
㊞
職名・氏名
電話番号

注意事項
1、※印欄は記入しないでください。

短期様式第24号

共済組合
受付印

受付印

※退職後の請求なので
受付印不要

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額
円

※附加金決定額
円

出産手当金請求書（休業給付）

組合員氏名	平城　京子	資格取得日	平成　22　年　4　月　1　日
（生年月日）	昭和 60　年　10　月　20　日（　34　歳）	退職年月日	平成　29　年　3　月　31　日
出産予定日	平成　29　年　5　月　18　日	勤務できなかった期間	平成　29　年　4　月　1　日　から 年　月　日　まで
出産年月日	平成　29　年　5　月　10　日		
請求期間の標準報酬月額	第　20　等級 340,000　円	請求期間	平成　29　年　4　月　1　日　から 平成　29　年　4　月　30　日　まで

医師又は助産師の証明

（出産者名）平城　京子　は、出産予定日は　平成　29　年　5　月　18　日　であったが、

平成　29　年　5　月　10　日　に　出産　（~~多胎~~）　・　死産　・　流産（妊娠85日以上）　したことを　証明する。

平成　29　年　5　月　12　日

医療機関名　〇〇市〇〇町　〇〇病院

医師氏名　勝　海舟　㊞

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年　6　月　1　日

〒　630-8213

請求者

住　所　奈良市登大路町888-8

職名・氏名　教諭　平城　京子　㊞

電話番号　0742-22-××××

注意事項
1、※印欄は記入しないでください。

短期様式第25号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

1. 育児休業手当金請求書
2. 育児休業手当金変更請求書

〔休業中支給分〕

組合員氏名		請求期間の標準報酬月額	第　　等級 円
対象児氏名（生年月日）	年　月　日		

育児休業の期間	開始日	年　月　日	終了日	年　月　日
請 求 期 間	開始日	年　月　日	終了日	年　月　日
変更後の育児休業の期間	開始日	年　月　日	終了日	年　月　日
変更後の請求期間	開始日	年　月　日	終了日	年　月　日

該当年														合計日数
該当月														
日数（土・日曜日除）														日

地方公務員等共済組合法施行規定第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

〒

請求者
住　所
㊞
職名・氏名
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
㊞
所属所長名
電話番号

注意事項
1、本請求書には、当該育児休業にかかる「辞令の写し」を添付してください。
2、「育児休業手当金掛金免除申出書」も合わせて提出してください。
3、※印欄は記入しないでください。

短期様式第25号

育児休業手当金支給対象期間に延長等の変更が生じた場合は、区分「2」を〇で囲み、変更後請求期間を記入

所属所

29. 7. 21

受付印

受付印の日付は育児休業開始日以降となる。

※記入例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 0 0 0 0 0

1. 育児休業手当金請求書
2. 育児休業手当金変更請求書

〔休業中支給分〕

対象児にかかる育児休業の期間を記入。
(辞令のとおり)

組合員氏名	平城　京子	期間の報酬月額	第　18　等級 320000　円
対象児氏名（生年月日）	へいじょう　たかし 平城　隆 平成　29　年　5　月　1　日		

育児休業の期間	開始日	平成	29	年	7	月	18	日	終了日	平成	31	年	3	月	31	日
請求期間	開始日	平成	29	年	7	月	18	日	終了日	平成	30	年	4	月	30	日
変更後の育児休業の期間	開始日			年		月		日	終了日			年		月		日
変更後の請求期間	開始日			年		月		日	終了日			年		月		日

当年	29						30								合計日数
月	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4					
（控除）	10	23	21	22	22	21	23	20	22	21					205 日

育児休業手当金の対象期間を記入。

「開始日」は、当該育児休業の初日と同日となる。

「終了日」は、当該育児休業期間が、1歳未満の場合は育児休業終了日となり、1歳以上の場合は対象児の誕生日の前日となる。

地方[illegible]員等共済組合法施行規定第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求します。
公[illegible]共済組合奈良支部長　殿

29　年　7　月　20　日

〒 630-8213

住　所　奈良市登大路町888-8　㊞

職名・氏名　教諭　平城　京子

電話番号　0742−22−××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　29　年　7　月　21　日

所属所名　〇〇市立福利中学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　0742−33−××××

注意事項
1、本請求書には、当該育児休業にかかる「辞令の写し」を添付してください。
2、「育児休業手当金掛金免除申出書」も合わせて提出してください。
3、※印欄は記入しないでください。

短期様式第25号の1

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

1. 育児休業手当金（1歳超分）請求書
2. 育児休業手当金（1歳超分）変更請求書

組合員氏名		請求期間の標準報酬月額	第　　等級 円
対象児氏名 （生年月日）	年　月　日		

育児休業の期間			年	月	日	～			年	月	日			
今回の請求期間			年	月	日	～			年	月	日			
変更後の育児休業の期間			年	月	日	～			年	月	日			
変更後の請求期間			年	月	日	～			年	月	日			

該当年								合計日数	延長事由　1　の場合のみ記入する	
該当月									保育所への入所申し込み	年　月　日
日数（土・日曜日除）								日	保育所への入所希望日	年　月　日

1歳時点における延長事由は次のとおりです。（該当する項目に○をしてください）

1　保育所における保育を希望し申し込みを行っているが、その実施がなされていない。
2　養育を予定していた配偶者が死亡した。
3　養育を予定していた配偶者が、負傷・疾病等により当該子を養育できなくなった。
4　養育を予定していた配偶者と婚姻の解消その他の事情により、配偶者が当該子と同居しないこととなった。
5　養育を予定していた配偶者が産前６週間(多胎妊娠にあっては14週間)又は産後８週間を経過しない状態にある。

上記のとおり請求します。
公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　　印
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
印
所属所長名
電話番号

※添付書類…当該育児休業にかかる辞令の写しに加え、各延長事由により次の書類を添付する。
延長事由１の場合…市区町村長が発行した「入所不承諾通知書（原本）」
延長事由２の場合…世帯全員について記載された「住民票の写し」及び「母子健康手帳の写し」
延長事由３の場合…保育を予定していた配偶者の状態のついての「医師の診断書」等及び「母子健康手帳の写し」
延長事由４の場合…世帯全員について記載された「住民票の写し」及び「母子健康手帳の写し」
延長事由５の場合…「母子健康手帳の写し」
延長事由２～５の場合…本人からの申立書（所属所長の確認印のあるもの）

短期様式第25号の1

共済組合
受付印

所属所
29. 5. 29

※記入例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子

※決定額
円

1. 育児休業手当金（1歳超分）請求書
2. 育児休業手当金（1歳超分）変更請求書

組合員氏名	平城　京子	請求期間の標準報酬月額	第　18　等級
対象児氏名（生年月日）	平城　隆 平成 28 年 5 月 25 日		300,000 円

育児休業の期間	平成 28 年 7 月 22 日	～	平成 31 年 3 月 31 日											
今回の請求期間	平成 29 年 5 月 25 日	～	平成 29 年 11 月 24 日											
変更後の育児休業の期間	年	～	年 月 日											
変更後の請求期間	年	～	年 月 日											

対象児の１歳の誕生日から、最長で1歳６月になる日の前日まで請求可能。

該当年	29							合計日数	延長事由 1 の場合のみ記入する	
該当月	5	6	7	8	9	10	11		保育所への入所申し込み	平成 29 年 5 月 1 日
日数（土・日曜日除）	5	22	21	23	21	22	18	132 日	保育所への入所希望日	平成 29 年 5 月 1 日

１歳時点における延長事由は次のとおりです。（該当する項目に○をしてください）

1. 保育所における保育を希望し申し込みを行っているが、その実施がなされていない。
2. 養育を予定していた配偶者が死亡した。
3. 養育を予定していた配偶者が、負傷・疾病等により当該子を養育できなくなった。
4. 養育を予定していた配偶者と婚姻の解消その他の事情により、配偶者が当該子と同居しないこととなった。
5. 養育を予定していた配偶者が産前６週間（多胎妊娠にあっては14週間）又は産後８週間を経過しない状態にある。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 5 月 26 日

請求者
〒 630-8213
住　所　奈良市登大路町888-8
職名・氏名　平城　京子　㊞
電話番号　0742−22−××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 5 月 29 日

所属所名　奈良市福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742−33−××××

添付書類…当該育児休業にかかる辞令の写しに加え、各延長事由により次の書類を添付する。
延長事由１の場合…市区町村長が発行した「入所不承諾通知書（原本）」
延長事由２の場合…世帯全員について記載された「住民票の写し」及び「母子健康手帳の写し」
延長事由３の場合…保育を予定していた配偶者の状態のついての「医師の診断書」等及び「母子健康手帳の写し」
延長事由４の場合…世帯全員について記載された「住民票の写し」及び「母子健康手帳の写し」
延長事由５の場合…「母子健康手帳の写し」
延長事由２～５の場合…本人からの申立書（所属所長の確認印のあるもの）

短期様式第25号の2

組合員証記号番号	記号	公立奈良	組合員氏名	
	番号		生年月日	年　月　日

育児休業に係る子の氏名	
育児休業に係る子の生年月日	年　月　日
入所の申し込みをした日	年　月　日
保育所への入所希望日	年　月　日
入所申し込み取下げの有無	有　・　無
入所内定辞退の有無	有　・　無
入所の申し込みをした市町村	

育児休業に係る子について、上記のとおり１歳（再取得の場合は、再取得の日）からの保育所への入所の申し込みをしましたが、児童福祉法施行令第27条(昭和23年政令第74号)に定める保育の実施要件に該当しているにもかかわらず、保育所への入所が承諾されなかったことを申し出ます。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

組合員氏名　　㊞

上記の記載事項について、次の確認先に確認したところ事実と相違ないものと認めます。

確認先

担当部署名　　TEL　（　）

担当者職名

担当者氏名

年　月　日

所属所長　職　名

印

氏　名

短期様式第25号の2

組合員証記号番号	記号	公立奈良	組合員氏名	公立　花子
	番号	100000	生年月日	昭和　60　年　4　月　1　日

育児休業に係る子の氏名	公立　太郎
育児休業に係る子の生年月日	平成　28　年　6　月　24　日
入所の申し込みをした日	平成　29　年　6　月　1　日
保育所への入所希望日	平成　29　年　6　月　24　日
入所申し込み取下げの有無	有　・　(無)
入所内定辞退の有無	有　・　(無)
入所の申し込みをした市町村	○○市

育児休業に係る子について、上記のとおり１歳（再取得の場合は、再取得の日）からの保育所への入所の申し込みをしましたが、児童福祉法施行令第27条(昭和23年政令第74号)に定める保育の実施要件に該当しているにもかかわらず、保育所への入所が承諾されなかったことを申し出ます。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 6 月 26 日

組合員氏名　公立　花子　(印)

上記の記載事項について、次の確認先に確認したところ事実と相違ないものと認めます。

確認先

担当部署名　福祉部健康福祉課　TEL ○○（△△）××

担当者職名　主査

担当者氏名　福祉　大介

平成 29 年 6 月 27 日

所属所長　職名　県立福利高等学校長

氏名　奈良　一郎　印

短期様式第26号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

休業手当金請求書

組合員氏名 （生年月日）	年　月　日（　歳）	資格取得日	年　月　日
		退職年月日	年　月　日
勤務できなかった理由		請求期間	年　月　日から 年　月　日まで
請求期間の標準報酬月額	第　等級 円	請求日数	日
		請求金額	円
請求期間中の報酬額は右記のとおりです。			円

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　㊞
電話番号

（根拠規定）地方公務員共済組合法第70条第＿＿号に該当することを証明するとともに、
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
印
所属所長名
電話番号

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。
2、欠勤とその期間中に給料支給状況が明らかになる書類（欠勤申請書、出勤簿、報酬支給額額証明等の写し）を添付してください。
3、欠勤事由が配偶者、父母や子、被扶養者に係る場合は、組合員との続柄の分かる書類や診断所の写し等を添付してください。

短期様式第26号

※記入例

共済組合
受付印

所属所
29. 7.5

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 0 0 0 0 0
※決定額 円	

休業手当金請求書

組合員氏名 （生年月日）	平城　京子 昭和60　年　10　月　20　日　（31　歳）	資格取得日	平成　21　年　4　月　1　日
		退職年月日	年　月　日
勤務できなかった理由	長男　隆が、入院加療を要し、その付き添い看護のため	請求期間	平成　29　年　7　月　3　日　から 平成　29　年　7　月　19　日　まで
請求期間の標準報酬月額	第　20　等級 340,000　円	請求日数	13　日
		請求金額	円
請求期間中の報酬額は右記のとおりです。			9,400　円

勤務できなかった理由を詳細に記入。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成　29　年　7　月　5　日

請求者
〒　630-8213
住　所　奈良市登大路町888-8
職名・氏名　教諭　平城　京子　㊞
電話番号　0742-22-××××

（根拠規定）地方公務員共済組合法第70条第　5　号に該当することを証明するとともに、
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成　29　年　7　月　6　日

所属所名　○○市立福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742-33-××××

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。
2、欠勤とその期間中に給料支給状況が明らかになる書類（欠勤申請書、出勤簿、報酬支給額額証明等の写し）を添付してください。
3、欠勤事由が配偶者、父母や子、被扶養者に係る場合は、組合員との続柄の分かる書類や診断所の写し等を添付してください。

短期様式第27号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

1. 介護休業手当金請求書
2. 介護休業手当金変更請求書

組合員氏名		介護を必要とする者の氏名	続柄　（　　）
介護休業期間	年　月　日 から 年　月　日 まで	変更後の介護休業期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
請求期間	年　月　日 から 年　月　日 まで	変更後の請求期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
請求期間の標準報酬月額	第　等級 円	請求日数	日
		請求金額	円

請求期間中の報酬額は、別紙「介護休業手当金　添付書類」のとおりとなります。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

〒

請求者
住　所
職名・氏名　㊞
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
印
所属所長名
電話番号

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。
2、「介護休暇承認通知書」等、介護休業に関する所属機関の長の証明書
3、出勤簿の写し
4、「介護休業手当金　添付書類」
5、給与明細の写し(介護休業取得月の前月、請求月分の計２枚)

短期様式第27号

共済組合

受付印

所属所

受付印

29. 7. 7

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利高等学校	平城　京子
5 2 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額

円

1. 介護休業手当金請求書
2. 介護休業手当金変更請求書

承認を得た介護休暇期間（辞令のとおり）	平城　京子	資格取得日	平城　百太郎 続柄　（　父　）
介護休業期間 今回請求期間	平成 29 年 6 月 19 日 から 平成 29 年 8 月 18 日 まで	変更後の介護休業期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
請求期間	平成 29 年 6 月 19 日 から 平成 29 年 6 月 30 日 まで	変更後の請求期間	年　月　日 から 年　月　日 まで
請求期間の標準報酬月額	第 22 等級 380,000 円	請求日数 土・日・祝日を除く日数を記入してください	10 日
		請求金額	円

請求期間中の報酬額は、別紙「介護休業手当金　添付書類」のとおりとなります。

請求書に添付してください。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 7 日

請求者

〒 630-8213

住所　奈良市登大路町888-8

職名・氏名　教諭　平城　京子　㊞

電話番号　0742−22−××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 7 日

所属所名　〇〇市立福利高等学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　0742-33-××××

注意事項

1、※印欄は記入しないでください。

2、「介護休暇承認通知書」等、介護休業に関する所属機関の長の証明書

3、出勤簿の写し

4、「介護休業手当金　添付書類」

5、給与明細の写し（介護休業取得月の前月、請求月分の計２枚）

（短期様式第27号の1）

〔介護休業手当金請求書 添付書類〕

（※介護休業手当金請求書に必ず添付してください）

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

介護休業手当金請求月の報酬支給額の証明

（組合員氏名）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ の ＿＿＿＿年＿＿＿月分の給与報酬額等について下記のとおり証明します。

標準報酬月額		
第＿＿＿等級	①	円

請求日数
＿＿＿日

区分	算出に用いる率	手当等の種類	本来の報酬額(円)（＿＿＿年＿＿月分）	請求月の報酬額(円)（＿＿＿年＿＿月分）
減額の対象	勤務を要する日数分の１	給料月額(本俸)		
		給料の調整額		
		義務教育等教員特別手当		
		地域手当		
		小計	②	
減額の対象外	２２分の１	教職調整額		
		扶養手当		
		住居手当		
		小計	③	
調整の対象外		特殊勤務手当		
		通勤手当		
		小計	④	
		報酬額合計		

※以下の項目をご確認ください

□給料月額＋給料の調整額＋教職調整額は給与明細の「給料」の金額と一致します。
□各月の報酬額合計は給与明細の「支給額合計」と一致します。

証明者
（所属所長または給与事務担当者）

所　属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

連絡先(TEL)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※記入不要（給付金計算参考）

【給付額算出方法】※参考

Ⅰ 勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額

（給料月額＋減額の対象となる手当）×1日
介護休業を取得した月の要勤務日数

（勤務時間１時間当たりの給与額　銭未満切捨）

－ （給料月額+減額の対象となる手当)×12月 / (7時間45分×5日)×52週 －1日当たりの勤務時間数×国民の祝日・年末年始の休日 × （1日当たりの勤務時間） 7時間45分

※網かけ部分がマイナスとなる場合は0円とする

※勤務時間１時間当たりの給与額の取扱いが異なる場合、算出方法はこの限りではありません

＋ 減額対象外の手当×1/22

※円未満切捨

Ⅱ 介護休業手当金給付日額

標準報酬月額 × 1/22 ×67/100 = 給付日額(円位未満切捨)

※給付額が給付上限日額を上回る場合は給付上限日額で算出

Ⅲ 介護休業手当金と報酬との調整

Ⅱ給付日額 － **Ⅰ勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額** × 請求日数 = **給付額**

【給付計算】※参考

Ⅰ 勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額

② ＿＿＿＿円×1
介護休業を取得した月の要勤務日数
※請求月の土日を除いた日数

－ ② ＿＿＿＿円×12 / (7.75×5) ×52 －7.75×国民の祝日・年末年始の休日 (年度ごとで変動。土日にあたる休日は除く) ×7.75

＋ ③ ＿＿＿＿円×1/22

Ⅱ 介護休業手当金給付日額

① ＿＿＿＿円×1/22×67/100

Ⅲ 介護休業手当金と報酬との調整

(Ⅱ ＿＿＿円－Ⅰ ＿＿＿円)×＿＿日=＿＿＿＿円

（短期様式第27号の1）

〔介護休業手当金請求書 添付書類〕 ※記入例

（※介護休業手当金請求書に必ず添付してください）

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利高等学校	平城　京子
520000	123456

介護休業手当金請求月の報酬支給額の証明

（組合員氏名）

平城　京子　の　平成 29 年　6 月分

介護休業取得月の前月（本来うけることのできる減額前の報酬）を記入

減額される場合は、減額後の報酬を記入（※給与明細書を参考）

標準報酬月額		請求
第 22 等級	① 380,000 円	10

区分	算出に用いる率	手当等の種類	本来の報酬額(円)（平成29年5月分）	請求月の報酬額(円)（平成29年6月分）
減額の対象	勤務を要する日数分の１	給料月額(本俸)	300,000	149,659
		給料の調整額	0	0
		義務教育等教員特別手当	5,000	2,495
		地域手当	20,000	9,977
		小計	② 325,000	162,131
減額の対象外	２２分の１	教職調整額	13,200	13,200
		扶養手	10,000	10,000
		住居手	5,000	5,000
		小計	③ 28,200	28,200
対調		特殊勤務手当	5,000	0
		通勤手当	10,000	0
		小計	④ 15,000	0
		報酬額合計	368,200	190,331

減額対象外の報酬は、介護休暇取得中も全額支給されます。

確認後にチェックを入れてください。

※以下の項目をご確認ください

☑給料月額＋給料の調整額＋教職調整額は給与明細の「給料」の金額と一致します。
☑報酬額合計は給与明細の「支給額合計」と一致します。

証明者
（所属所長または給与事務担当者）

所　属　福利高等学校
職名・氏名　主査　公立　かのこ　印
連絡先(TEL)　○○-○○○○

※記入不要（給付金計算参考）

【給付額算出方法】※参考

Ⅰ 勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額

（給料月額＋減額の対象となる手当）×1日
介護休業を取得した月の要勤務日数

（勤務時間１時間当たり
（給料月額+減額
－（7時間4
－1日当たりの勤務時間
※網かけ部分がマイナスとなる場合は0円とする
※勤務時間１時間当たりの給与額の取扱いが異なる場合、算出方法はこの限りではありません

＋ 減額対象外の手当×1/22
※円未満切捨

Ⅱ 介護休業手当金給付日額

標準報酬月額 × 1/22 × 67/100 = 給付日額(円位未満切捨)
※給付額が給付上限日額を上回る場合は給付上限日額で算出

Ⅲ 介護休業手当金と報酬との調整

Ⅱ給付日額 － **Ⅰ勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額** × 請求日数 = **給付額**

【給付計算】※参考

Ⅰ 勤務しなかった期間(1日当たり)に支払われた報酬の額

②　円×1
介護休業を取得した月の要勤務日数
日を除いた日数

円×12
）×52
・年末年始の休日
（年度ごとで変動。土日にあたる休日は除く）
×7.75

＋ ③　円×1/22

Ⅱ 介護休業手当金給付日額

①　円×1/22×67/100

Ⅲ 介護休業手当金と報酬との調整

（Ⅱ　円－Ⅰ　円）×　日=　円

記　入　不　要

短期様式第28号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

1．　弔慰金
2．　家族弔慰金

請求書

死亡者氏名		認定年月日	年　月　日
性別・続柄	男　・　女　続柄（　）	死亡した年月の標準報酬月額	第　等級 円
生年月日	年　月　日		

市区町村長又は警察署長等の証明

死亡者氏名		生年月日	年　月　日
死亡の場所		死亡年月日	年　月　日
死亡の原因及び状況			

上記のとおり非常災害により死亡したことを証明する。

年　月　日

証明者
職　名
氏　名　印

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　㊞
組合員との関係　（　）
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
所属所長名　印
電話番号

注意事項
1、※印欄は記入しないでください。
2、弔慰金（組合員本人死亡）の請求をする場合は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。

短期様式第28号

共済組合
受付印

所属所
29. 7. 4
受付印

※記入例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額
円

1．弔慰金
2．家族弔慰金

請求書

死亡者氏名	坂本　一馬	認定年月日	平成 27 年 11 月 1 日
性別・続柄	男 ・ 女　続柄（ 父 ）	死亡した年月の標準報酬月額	第 20 等級 340,000 円
生年月日	昭和 28 年 11 月 15 日 （ 63 歳）		

市区町村長又は警察署長等の証明

死亡者氏名	坂本　一馬	生年月日	昭和 28 年 11 月 15 日
死亡の場所	奈良市〇〇町888-8	死亡年月日	平成 29 年 6 月 14 日
死亡の原因及び状況	歩道を通行中、近くでガス爆発が発生。全身打撲死。		

上記のとおり非常災害により死亡したことを証明する。

平成 29 年 6 月 16 日

証明者
職　名　〇〇警察署長
氏　名　中岡　慎太郎　印

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 3 日

請求者
〒 630-8213
住　所　奈良市登大路町999-9
職名・氏名　教諭　坂本　龍馬　㊞
組合員との関係　（ 本人 ）
電話番号　0742-22-××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 4 日

所属所名　〇〇市立福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742−33−××××

注意事項
1、※印欄は記入しないでください。
2、弔慰金（組合員本人死亡）の請求をする場合は、遺族の順位を証明する書類を添付してください。

短期様式第29号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

災害見舞金請求書

罹災者氏名 （生年月日）	年　月　日生（　歳）	性別・続柄	男　・　女　続柄（　）
		退職年月日	年　月　日
罹災の種類		発生年月日	年　月　日
罹災の場所		①　自宅　借家　マンション　アパート　下宿　間借 ②　平屋建　二階建　その他（　階建）	
罹災時の状況等			

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　印
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
所属所長名　印
電話番号

注意事項
1 この請求書は、罹災後すみやかに提出してください。
2 この請求書を提出する際は、次の書類を添付してください。
（1）　(短期様式第29号の1)　「罹災状況報告書１」
（2）　(短期様式第29号の2)　「罹災状況報告書２」
（3）　(短期様式第29号の3)　「罹災証明書」
（4）　罹災状況のわかる写真（住居全体・罹災箇所）
3 別居の被扶養者が罹災したときは、組合員の住居及び家財の状況についても詳しく記入してください。
4 所属所長の証明（任意継続組合員を除く）を受けたうえ、共済組合に提出してください。
5 所属所受付印の日付は、この請求書が組合員から提出された日となります。必ず押印ください。
6 ※欄は記入しないでください。

短期様式第29号

共済組合
受付印

所属所
29.7.10

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6
※決定額　　円	

災害見舞金請求書

罹災者氏名 （生年月日）	坂本　龍馬 昭和４０ 年 ７ 月 １ 日生（46 歳）	性別・続柄	男 ・ 女　続柄（本人）
		退職年月日	年　月　日
罹災の種類	火災	発生年月日	平成 29 年 ７ 月 １ 日
罹災の場所	奈良市登大路町９９９－９		① 自宅　借家　マンション　アパート　下宿　間借 ② 平屋建　二階建　その他（　階建）
罹災時の状況等	漏電により、自宅台所から出火、住宅及び家財全焼。		

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 ７ 月 １０ 日

請求者
〒 630-8213
住　所 奈良市登大路町９９９－９
職名・氏名 教諭　平城　京子　印
電話番号 ０７４２-２２-××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 ７ 月 １０ 日

所属所名 ○○市立　福利中学校
所属所長名 校長　高杉　晋作　印
電話番号 ０７４２-３２-××××

注意事項

1 この請求書は、罹災後すみやかに提出してください。
2 この請求書を提出する際は、次の書類を添付してください。
（１）　（短期様式第29号の1）　「罹災状況報告書１」
（２）　（短期様式第29号の2）　「罹災状況報告書２」
（３）　（短期様式第29号の3）　「罹災証明書」
（４）　罹災状況のわかる写真（住居全体・罹災箇所）
3 別居の被扶養者が罹災したときは、組合員の住居及び家財の状況についても詳しく記入してください。
4 所属所長の証明（任意継続組合員を除く）を受けたうえ、共済組合に提出してください。
5 所属所受付印の日付は、この請求書が組合員から提出された日となります。必ず押印ください。
6 ※欄は記入しないでください。

短期様式第２９号の１

罹 災 状 況 報 告 書〔１〕

所属所名＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　組合員証番号＿＿＿＿＿＿＿＿

住居及び家財等の詳細な罹災状況報告

	区　分	住居の構造	罹災前		罹災した部分		罹災物件のその後の使用状況
住居	組合員住居	木造　葺　階建	建面積	㎡	建面積	㎡	
		鉄筋(鉄骨)ｺﾝｸﾘｰﾄ造　階建	延面積	㎡	延面積	㎡	
	被扶養者住居	木造　葺　階建	建面積	㎡	建面積	㎡	
		鉄筋(鉄骨)ｺﾝｸﾘｰﾄ造　階建	延面積	㎡	延面積	㎡	

	品　名		罹災前の数量(ａ)	罹災した数量(ｂ)	ｂ／ａ	その後の使用状況	備　考
家財	家具類	たんす					
		食器棚					
		食卓・机					
		椅子					
		書棚					
		棚類(　)					
		鏡台･ﾄﾞﾚｯｻｰ					
		応接セット					
	電気製品	冷蔵庫					
		洗濯機					
		掃除機					
		炊飯器					
		エアコン					
		テレビ					
		照明器具					
	衣類	洋服					
		和服					
		コート類					
		セーター類					
		肌着					
	寝具	ふとん					
		毛布					
		座布団					
		ベット					
	その他	食器					
		書籍					
	合　計						

注意事項
1. 住居については、家屋を構成する部分は含みますが、別棟の離れ、物置、門、塀、ガレージ等は住居に該当しません。
2. 家財は、住居以外の社会生活上必要な一切の財産をいいますが、不動産、現金、預貯金、有価証券、書画骨董品等は含みません。
3. 家財については、列記してある項目について、罹災前にあった物件、被害にあった物件についてそれぞれ数値を記入してください。また、罹災前に所有していなかった場合、または、被害にあわなかった場合は、数量欄に「０」を記入してください。
4. 家財について、列記してあるもの以外のものを所有していた場合は、空欄部分に品目を記入し、数量等を記入してください。また、書ききれない場合は、別紙に記入してください。

短期様式第２９号の１

罹 災 状 況 報 告 書〔１〕

所属所名　〇〇市立福利中学校　氏名　坂本　龍馬　組合員証番号　１２３４５６

住居及び家財等の詳細な罹災状況報告

	区　分	住居の構造	罹災前		罹災した部分		罹災物件のその後の使用状況
住居	組合員住居	木　造　瓦　葺　階建	建面積	120 ㎡	建面積	90 ㎡	半焼（半損）
		鉄筋(鉄骨)ｺﾝｸﾘｰﾄ造　階建	延面積	180 ㎡	延面積	90 ㎡	
	被扶養者住居	木　造　葺　階建	建面積	㎡	建面積	㎡	
		鉄筋(鉄骨)ｺﾝｸﾘｰﾄ造　階建	延面積	㎡	延面積	㎡	

		品　名	罹災前の数量(ａ)	罹災した数量(ｂ)	ｂ／ａ	その後の使用状況	備　考
家財	家具類	たんす	4	2	2／4	焼失	
		食器棚	1	1	1／1	〃	
		食卓・机	1	1	1／1	〃	
		椅子	4	4	4／4	〃	
		書棚	3	1	1／3	〃	
		棚類(　)					
		鏡台･ﾄﾞﾚｯｻｰ	1				
		応接セット	1	1	1／1	〃	
	電気製品	冷蔵庫	1	1	1／1	〃	
		洗濯機	1	1	1／1	〃	
		掃除機	1	1	1／1	〃	
		炊飯器	1	1	1／1	〃	
		エアコン	3	3	3／3	〃	
		テレビ	2				
		照明器具	7	7	7／7	〃	
	衣類	洋服	100	50	50/100	〃	
		和服	3				
		コート類	10	10	10／10	〃	
		セーター類	35	35	35／35	〃	
		肌着	200	100	100/200	〃	
	寝具	ふとん	8組	8組	8／8	〃	
		毛布	8				
		座布団	10				
		ベット	4				
	その他	食器	150				
		書籍	150冊	150冊			
	合　計						

注意事項
1. 住居については、家屋を構成する部分は含みますが、別棟の離れ、物置、門、塀、ガレージ等は住居に該当しません。
2. 家財は、住居以外の社会生活上必要な一切の財産をいいますが、不動産、現金、預貯金、有価証券、書画骨董品等は含みません。
3. 家財については、列記してある項目について、罹災前にあった物件、被害にあった物件についてそれぞれ数値を記入してください。また、罹災前に所有していなかった場合、または、被害にあわなかった場合は、数量欄に「０」を記入してください。
4. 家財について、列記してあるもの以外のものを所有していた場合は、空欄部分に品目を記入し、数量等を記入してください。また、書ききれない場合は、別紙に記入してください。

短期様式第29号の2

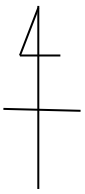
罹災状況報告書[2]

所属所名	
組合員証番号	
氏名	
住所	

住居の平面図

罹災前のものを平面図に書き、罹災部分を赤斜線で記入すると共に被害状況を記入して下さい。また、2階建以上の住居で損害がない場合でも、各階の平面図を記入して下さい。

N

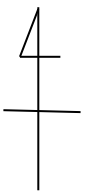


最寄り駅または停留所から罹災地までの道順

・最寄り駅または停留所名　　駅・停留所

・駅または停留所から罹災地までの徒歩による所要時間　　時間　分

N



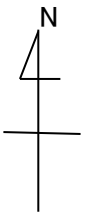
短期様式第29号の2

罹災状況報告書[2]

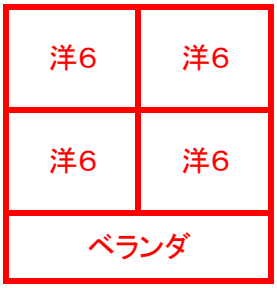
所属所名	○○市立福利中学校
組合員証番号	123456
氏名	坂本龍馬
住所	奈良市登大路町９９９-９

住居の平面図

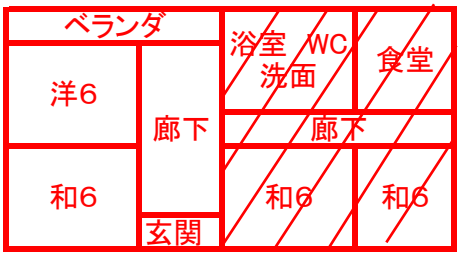
罹災前のものを平面図に書き、罹災部分を赤斜線で記入すると共に被害状況を記入して下さい。また、2階建以上の住居で損害がない場合でも、各階の平面図を記入して下さい。



（1階部分焼損）
（2階）



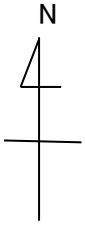
（1階）

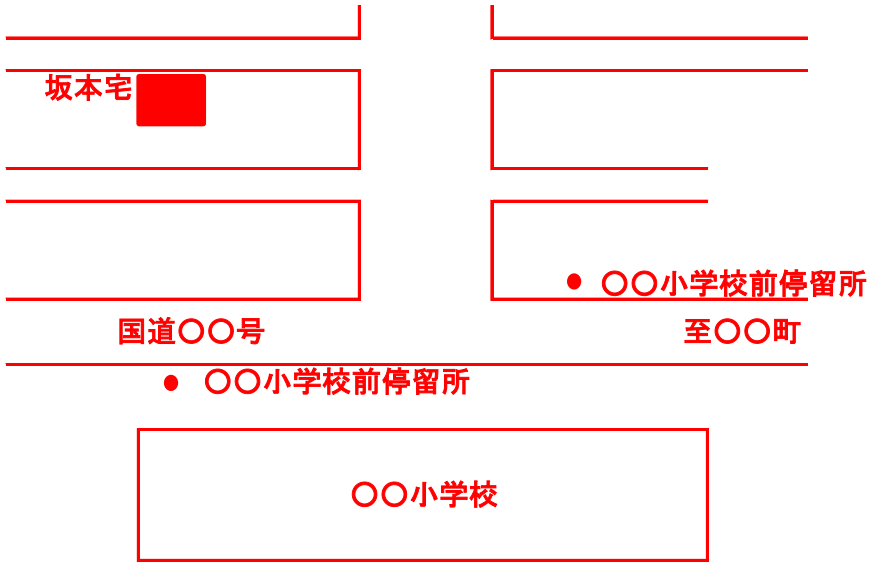


最寄り駅または停留所から罹災地までの道順

・最寄り駅または停留所名　○○交通バス　○○小学校前　駅・停留所

・駅または停留所から罹災地までの徒歩による所要時間　時間　約10分





短期様式第29号の3

罹災証明書

※市町村長または消防署長が記入・証明

住所		
罹災者氏名		
罹災日時		年　月　日　午前・午後　　時　　分頃
罹災の原因		
罹災状況	住居	
	家財等	

上記のとおり罹災したことを証明します。

市町村長
消防署長　　印

注意事項

1. 罹災証明書は、市区町村長または消防署長の証明を受けて下さい。
2. 市区町村長・消防署長・警察署長の発行する罹災証明書を添付される場合、この様式は必要ありません。
3. 浸水により損害を受けた場合には、その浸水の程度を具体的に（床上〇〇cm）に記載の上、証明を受けて下さい。

短期様式第29号の3

罹災証明書

※市町村長または消防署長が記入・証明

住所		奈良市登大路町９９９-９
罹災者氏名		坂本龍馬
罹災日時		平成 29 年 7 月 1 日 (午前)・午後 2 時 30 分頃
罹災の原因		漏電による火災
罹災状況	住居	木造瓦葺　モルタル塗　２階建　１棟 １戸延１８０m²のうち1階部分一部９０m²焼損
	家財等	電気製品、家具、衣類の約半数焼損

上記のとおり罹災したことを証明します。

平成29年7月18日

市町村長
消防署長　〇〇市消防署長　中岡　慎太郎　印

注意事項

1. 罹災証明書は、市区町村長または消防署長の証明を受けて下さい。
2. 市区町村長・消防署長・警察署長の発行する罹災証明書を添付される場合、この様式は必要ありません。
3. 浸水により損害を受けた場合には、その浸水の程度を具体的に（床上〇〇cm）に記載の上、証明を受けて下さい。

短期様式第30号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

※附加金決定額
円

1．出　産　費　　3．出産費附加金
2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

請求書

（直接支払制度利用）

組合員氏名		退職年月日	年　月　日
出産者氏名		認定年月日 （被扶養者の場合）	年　月　日
出産児氏名 及び続柄・人数	（続柄　　）（出産児人数　　人）	出産年月日	年　月　日
請求金額	円	附加金請求金額	円

出産前６か月以内の職歴 （家族出産費の場合記入）	職歴の有無	勤務先名	退職年月日
	有　・　無		平成　年　月　日

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

請求者
〒
住　所
職名・氏名　　印
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
所属所長名　　印
電話番号

注意事項

請求書には次の書類を添付してください。
（1）直接支払制度についての意思確認に係る文書の写し
（2）領収・明細書の写し

短期様式第30号

共済組合

組合員の出産･･･1・3
被扶養者の出産･･･2・4
※資格喪失後は附加金の資格はありません。

所属所

受付印

29.7.3

直接支払制度を利用する

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額　　円

※附加金決定額　　円

1．出　産　費　　3．出産費附加金

2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

請求書

（直接支払制度利用）

組合員氏名	平城　京子	退職年月日	年　月　日
出産者氏名	平城　京子	認定年月日（被扶養者の場合）	年　月　日
出産児氏名及び続柄・人数	平城　隆（続柄　長男　）（出産児人数　1人）	出産年月日	平成　29　年　6　月　15　日
請求金額	円	附加金請求金額	50,000円
出産前６か月以内の職歴（家族出産費の場合記入）	先名	退職年月日	平成　年　月　日

長男・長女などで記入

家族出産費で認定日から６か月以内の出産の場合記入

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年　7　月　3　日

請求者

〒 630-8213

住　所　奈良市登大路町８８８－８

職名・氏名　教諭　平城　京子　印

電話番号　０７４２-２２-ＸＸＸＸ

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年　7　月　3　日

所属所名　〇〇市立　福利中学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　０７４２-３２-ＸＸＸＸ

注意事項

請求書には次の書類を添付してください。

（１）直接支払制度についての意思確認に係る文書の写し

（２）領収・明細書の写し

短期様式第３０号の１

受 給 権 放 棄 申 出 書

年　　月　　日

現　住　所

被保険者氏名　　㊞

私は、　　年　　月　　日の分娩につき、下記受給権を放棄し、公立学校共済組合に家族出産費を請求します。

記

（１）　被保険者証の記号番号

（２）　被 保 険 者 氏 名

（３）　放 棄 す る 受 給 権

健康保険法等の規定による資格喪失後の分娩費の受給権

（理由）

１　私の被保険者期間は　　年　　月　　日取得、　　年　　月　　日喪失で１年未満のため受給できません。

２　公立学校共済組合へ被扶養者としての分娩に関する保健給付の請求をします。

３　その他（　　）

（証明欄）

年　　月　　日現在、被保険者分娩費の請求及び支払いのないことを証明する。

年　　月　　日

（元の健康保険組合）

所 在 地

保険者名　　印

短期様式第３０号の１

受　給　権　放　棄　申　出　書

平成２９年７月５日

現　住　所　奈良市登大路町９９９－９

被保険者氏名　坂本　都子　㊞

私は、平成２９年６月３０日の分娩につき、下記受給権を放棄し、公立学校共済組合に家族出産費を請求します。

記

（１）　被保険者証の記号番号　奈　なせけ

（２）　被　保　険　者　氏　名　坂本　都子

（３）　放　棄　す　る　受　給　権

健康保険法等の規定による資格喪失後の分娩費の受給権

（理由）

１　私の被保険者期間は　平成２８年８月１日取得、平成29年３月３１日喪失で１年未満のため受給できません。

２　公立学校共済組合へ被扶養者としての分娩に関する保健給付の請求をします。

３　その他（　　）

（証明欄）

平成２９年７月４日現在、被保険者分娩費の請求及び支払いのないことを証明する。

平成２９年７月４日

（元の健康保険組合）

所在地　〇〇市〇〇町７７７

保険者名　全国健康保険協会　××支部　印

短期様式第30号の2

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

※附加金決定額
円

1．出　産　費　　3．出産費附加金
2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

請求書

（制度利用無し）

組合員氏名		退職年月日	年　月　日
出産者氏名		認定年月日（被扶養者の場合）	年　月　日
出産児氏名及び続柄・人数	（続柄　　）（出産児人数　　人）	出産年月日	年　月　日
請求金額	円	附加金請求金額	円

出産前６か月以内の職歴（家族出産費の場合記入）	職歴の有無	勤務先名	退職年月日
	有　・　無		年　月　日

医師又は助産師の証明

（出産者名）
年　月　日　　は、

出産（ 単・多胎＿＿人）・死産・流産（ 単・多胎＿＿人、妊娠＿＿＿週〈胎児 85日以上・84日以下〉）したことを証明する。

証 明 者　医療機関名
印
医師氏名

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

〒

請 求 者
住　所
印
職名・氏名
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
印
所属所長氏名
電話番号

注意事項
1、双生児以上の場合、医師の証明欄には必ずその旨を記入してもらってください。
2、被扶養者が他の健康保険の被保険者本人としての分娩費の受給権がある場合（出産の6か月以内に他の健康保険に加入していて保険の加入期間が１年以上ある場合）は、「受給権放棄申出書」を提出してください。

短期様式第30号の2

組合員の出産･･･1・3
被扶養者の出産･･･2・4
※資格喪失後は附加金の資格はありません。

所属所
受付印
29.7.3

直接支払制度を利用しない

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額　　円

※附加金決定額　　円

1．出　産　費　　3．出産費附加金

2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

請求書

（制度利用無し）

組合員氏名	平城　京子	退職年月日	年　月　日
出産者氏名	平城　京子	認定年月日（被扶養者の場合）	年　月　日
出産児氏名及び続柄・人数	平城　隆 （続柄　長男　）（出産児人数　1 人）	出産年月日	平成　29 年　6 月　15 日
請求金額	420,000円	附加金請求金額	50,000円

出産前６か月以内の職歴の有無（家族出産費の場合）	勤務先名	退職年月日
		年　月　日

長男・長女などで記入

平成　29 年　6 月 15 日　（出産者名）　平城　京子　は、

出産（ 単・多胎 1 人）・死産・流産（ 単・多胎＿＿人、妊娠＿＿週〈胎児 85日以上・84日以下〉）した

医師
助産師　ことを証明する。

家族出産費で認定日から６か月以内の出産の場合記入

証明者　医療機関名　〇〇病院

医師氏名　勝　海舟　印

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年　7 月　3 日

〒 630-8213

請求者　住　所　奈良市登大路町８８８－８

職名・氏名　教諭　平城　京子　印

電話番号　0742-22-××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年　7 月　3 日

所属所名　〇〇市立　福利中学校

所属所長名　校長　高杉　晋作　印

電話番号　0742-32-××××

注意事項

1、双生児以上の場合、医師の証明欄には必ずその旨を記入してもらってください。

2、被扶養者が他の健康保険の被保険者本人としての分娩費の受給権がある場合（出産の6か月以内に他の健康保険に加入していて保険の加入期間が１年以上ある場合）は、「受給権放棄申出書」を提出してください。

短期様式第30号の3

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額
円

※附加金決定額
円

※医療機関決定額
円

受取代理事前申請書

1．出　産　費　　3．出産費附加金
2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

組合員氏名（請求者）		退職年月日	年　月　日
出産者氏名	続柄（　）	認定年月日	年　月　日
生年月日	年　月　日（　歳）	出産予定日	年　月　日
		妊娠胎児数	単　・　多　（　胎）
出産予定医療機関	名称		
	所在地		

※被扶養者が認定日から６か月以内に出産するときは、下記も記入してください。

被扶養者が認定前に加入していた健康保険

保険者名		記号	
		番号	
電話		加入期間	年　月　日～　年　月　日

受取代理人の欄

甲（組合員　　）は、医療機関等である乙（　　）を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は医療機関等への直接支払制度は利用しません。

甲が請求する出産費・家族出産費及び同附加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。　※出産費等の支給額（附加金を含む）を上限とする

年　月　日

甲（組合員）
住　所
氏　名　㊞

乙（代理人）
住　所
医療機関名
代表者氏名　㊞
電話番号

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名（コード）	支店名（コード）	種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入）

上記の通り請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

〒

請求書
住　所
職名・氏名　㊞
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
所属所長名　印
電話番号

短期様式第30号の3

組合員の出産･･･1・3
被扶養者の出産･･･2・4
※資格喪失後は附加金の資格はありません。

所属所
受付印
29.7.3

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	平城　京子
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6

※決定額　　円
※附加金決定額　　円
※医療機関決定額　　円

受取代理制度を利用する場合

受取代理人請求書

1．出　産　費　　3．出産費附加金
2．家族出産費　　4．家族出産費附加金

組合員氏名（請求者）	平城　京子	退職年月日	年　月　日
出産者氏名	平城　京子　続柄（本人）	認定年月日	年　月　日
生年月日	平成　2　年　5　月　3　日（27　歳）	出産予定日	平成　29　年　6　月　15　日
		妊娠胎児数	単・多　（　胎）
出産予定医療機関	名称	○○病院	
	所在地	○市○○町	

※被扶養者が認定日から６か月以内に出産するときは、下記も記入してください。

被扶養者が認定前に加入していた健康保険

保険者名		記号	
		番号	
電話		加入期間	年　月　日～　年　月　日

受取代理人の欄

甲（組合員　平城京子　）は、医療機関等である乙（　○○病院　）を代理人と定め、次の権限を委任する。また、甲は医療機関等への直接支払制度は利用しません。
甲が請求する出産費・家族出産費及び同附加金のうち、乙が甲に対して出産に関し請求する費用の額※の受領に関すること。　※出産費等の支給額（附加金を含む）を上限とする

平成　29　年　6　月　18　日

甲（組合員）
住　所　奈良市登大路町８８８－８
氏　名　平城　京子　㊞

乙（代理人）
住　所　○市○○町
医療機関名　○○病院
代表者氏名　勝　海舟　㊞
電話番号　０７４２-１１-ＸＸＸＸ

受取代理人に対する支払金融機関の欄

金融機関名（コード）	支店名（コード）	種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入）
○○銀行　0 1 2 3	△△支店　4 5 6	普通	7 8 9 0 1 2 3	○○ビョウイン　カツ　カイシユウ

上記の通り請求します。
公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年　7　月　3　日

請求書
〒 630-8213
住　所　奈良市登大路町８８８－８
職名・氏名　教諭　平城　京子　㊞
電話番号　０７４２-２２-ＸＸＸＸ

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年　7　月　3　日

所属所名　○○市立　福利中学校
所属所長名　校長　高杉　晋作　□　印
電話番号　０７４２-３２-ＸＸＸＸ

短期様式第32号

共済組合 受付印

所属所 受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

※決定額 円

※附加金決定額 円

１．埋　葬　料　　３．埋葬料附加金

２．家族埋葬料　　４．家族埋葬料附加金

請求書

死亡者氏名 （生年月日）	年　月　日（　歳）	性別・続柄	男　・　女　　続柄（　）
		認定年月日	年　月　日
死亡の原因	１、第三者加害（原則加害者負担） ２、公務（通勤）災害（申請中） ３、その他	死亡年月日	年　月　日
		死亡の場所	
傷病名等			
請求金額	円	附加金請求金額	円

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

請求者

〒

住　所

印

職名・氏名

組合員との関係　（　）

連絡先 ☎

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名

印

所属所長氏名

電話番号

◆送金先…埋葬料（組合員本人死亡）の請求者及び退職後の請求者は、送金先を記入してください。

金融機関名（コード）		支店名（コード）		種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入）
				普通		

注意事項

1、この請求書を提出するときは、市区町村長の発行する「埋(火)葬許可証の写し」を添付してください。

2、被扶養者であった者以外の人が「埋葬料」を請求する場合は、上記１のほかに埋葬に要した費用の額に関する証明書類を添付してください。

短期様式第32号

共済組合
受付印

所属所
29.7. 3
受付印

組合員の死亡…1・3
被扶養者の死亡…2・4
※資格喪失後は附加金の支給はありません。

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	坂本　龍馬
5 5 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6
※決定額　　円	
※附加金決定額　　円	

1．埋　葬　料　　3．埋葬料附加金
2．家族埋葬料　　4．家族埋葬料附加金

請求書

死亡者氏名（生年月日）	坂本　龍馬 昭和 35 年 7 月 1 日（56 歳）	性別・続柄	男・女　続柄（ 本人 ）
		認定年月日	年　月　日
死亡の原因	1、第三者加害（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害（申請中） 3、その他	死亡年月日	平成 29 年 6 月 20 日
傷病名等	心筋梗塞	死亡の場所	○○病院
請求金額	円	附加金請求金額	円

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 3 日

請求者
〒630-8213
住　所　奈良市登大路町999－9
職名・氏名　坂本　郁子　印
組合員との関係　（ 妻 ）
連絡先 ☎　0742-22-××××

請求は被扶養者が行う。
※被扶養者が以内場合、実際に埋葬を行った者が請求者となる。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 3 日

所属所名　○○市立　福利中学校
所属所長氏名　校長　高杉　晋作　印
電話番号　0742-33-××××

請求者の口座を必ず記入

◆送金先…埋葬料（組合員本人死亡）の請求者及び退職後の請求者は、送金先を記入してください。

金融機関名（コード）		支店名（コード）		種別	口座番号	口座名義（カタカナで記入）
○○銀行	0 1 2 3	△△支店	4 5 6	普通	7 8 9 0 1 2 3	サカモト　ミヤコ

注意事項
1、この請求書を提出するときは、市区町村長の発行する「埋(火)葬許可証の写し」を添付してください。
2、被扶養者であった者以外の人が「埋葬料」を請求する場合は、上記１のほかに埋葬に要した費用の額に関する証明書類を添付してください。

支払未済の給付等請求書

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成　　年　　月　　日

組合員番号		組合員氏名		生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
旧所属コード		旧所属所名		死亡 年月日	平成　　年　　月　　日
フリガナ				組合員 との続柄	
請求者氏名	㊞				
請求者住所	〒　　－ TEL　　（　　）			請求者の 生年月日	昭和・平成 年　月　日

請求者名義の振込先	銀行名（銀行コード）	支店名（支店コード）	種別	口座番号
			普通	

受給代表者を定める同意書

（同順位の受給権者がいる場合は、同順位者全員）

地方公務員等共済組合法施行規程第102条の規定により、上記請求者を代表者とすることに同意します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿　　平成　　年　　月　　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　㊞　　生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　㊞　　生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　㊞　　生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　㊞　　生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　㊞　　生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日

《添付書類》

〇当該組合員の死亡を証する書類（死体埋火葬許可証の写し、死亡診断書、除籍謄本等）の写し
〇組合員の戸籍謄本原本（除籍謄本を添付する場合は不要）
〇住民票（世帯全員）の写し等、生計同一に関する確認書類　※共済事務のてびき p.22参照
〇請求者名義の通帳(振込先)の写し

支払未済の給付等請求書

記入例

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 30 日

組合員証番号	1 2 3 4 5 6	組合員氏名	坂本　龍馬	生年月日	昭和・平成 40 年 7 月 1 日
旧所属コード	5 5 0 0 0 0	旧所属所名	福利中学校	死亡年月日	平成 29 年 7 月 15 日
フリガナ	サカモト　リュウイチ			組合員との続柄	長男
請求者氏名	坂本　龍一　奈良 ㊞				
請求者住所	〒 630 － 8213 奈良市登大路町999-9 TEL 0742（ 22 ） ××××			請求者の生年月日	昭和・平成 63 年 4 月 20 日

請求者名義の振込先	銀行名（銀行コード）	支店名（支店コード）	種別	口座番号
	○○銀行 9999	○○支店 999	普通	0 1 2 3 4 5 6

受給代表者を定める同意書

（同順位の受給権者がいる場合は、同順位の親族全員）

地方公務員等共済組合法施行規程第102条の規定により、上記請求者を代表者とすることに同意します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿　　平成 29 年 7 月 25 日

住　所　同上　　組合員との続柄（長女）

氏　名　坂本　おと　奈良 ㊞　　生年月日 昭和・平成 6 年 9 月 27 日

住　所　同上　　組合員との続柄（二男）

氏　名　坂本　龍二　奈良 ㊞　　生年月日 昭和・平成 8 年 5 月 10 日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　　㊞　　生年月日 昭和・平成　年　月　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　　㊞　　生年月日 昭和・平成　年　月　日

住　所　　組合員との続柄（　　）

氏　名　　㊞　　生年月日 昭和・平成　年　月　日

《添付書類》

○当該組合員の死亡を証する書類（死体埋火葬許可証の写し、死亡診断書、除籍謄本等）の写し
○組合員の戸籍謄本原本（除籍謄本を添付する場合は不要）
○住民票（世帯全員）の写し等、生計同一に関する確認書類　※共済事務のてびき p.22参照
○請求者名義の通帳(振込先)の写し

短期様式第34号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

減額対象者	氏名		傷病の原因 (該当するものを○で囲む)	1、 第三者加害行為（原則加害者負担） 2、 公務（通勤）災害（申請中） 3、 その他
	生年月日	年 月 日（ 歳）		
性別		組合員との続柄	**長期入院** (該当する方に☑を入れる)	申請月以前の12か月以内の入院日数 ・90日を越える場合 →□該当 ・90日以下の場合 →□非該当
住所				

①	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
②	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間	年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）	
	入院をした保険医療機関	名 称	
		所在地	

組合員の年中の所得の状況	給与	円
	公的年金	円
	給与・公的年金以外の所得 （ ）所得	円

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年 月 日

〒

住 所

申請者

㊞

職名・氏名

電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

所属所名

所属所長
氏 名 印

電話番号

注意事項 1、組合員が低所得者（市町村民税非課税）に該当する場合に提出してください。

2、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。

短期様式第34号

共済組合

受 付 印

所属所 福利小学校

29. 7. 20

受 付 印

受付

記 入 例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
校	奈良 花子
9	999999

該当するものを○で囲む。
交通事故等の第三者加害行為や公務災害が原因でなければ「3」に○をつけてください。

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

減額対象者	氏名	奈良 太郎	傷病の原因（該当するものを○で囲む）	1、第三者加害行為（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害（申請中） 3、その他
	生年月日	昭和 55 年 6 月 10 日（ 37 歳）		
性別	男	組合員との続柄 夫	長期入院（該当する方に☑を入れる）	申請月以前の12か月以内の入院日数 ・90日を越える場合 →☑ 該当 ・90日以下の場合 →☐ 非該当
住所	〒○○○-×××× 奈良市○○町999			

①	申請日の前1年間の入院期間		平成 28 年 7 月 21 日から 平成 29 年 7 月 20 日まで（ 365 日間）
	入院をした保険医療機関	名称	△△△病院
		所在地	奈良市△△△町77番地
②	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（
	入院をした保険医療機関	名称	
		所在地	
③	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）
	入院をした保険医療機関	名称	
		所在地	

申請月以前12か月以内の入院日数を記入し、その日数が90日を超える場合は、「長期入院欄」の該当に☑を入れてください。

組合員の平成28年中の所得の状況	給与	280,000
	公的年金	
	給与・公的年金以外の所得（ ）所得	円

非課税証明書の記載内容をもとに記入してください。
（この例の場合は、平成28年1月～12月の所得が記載されている、平成29年度の非課税証明書をもとに記入）

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 20 日

〒 ○○○-××××

申請者

住所 奈良市○○町999

職名・氏名 奈良 花子 奈良

電話番号 0742-99-××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 20 日

所属所名 福利小学校

所属所長氏名 福利 太郎 福利小学校

電話番号 0742-99-○○○○

注意事項 1、組合員が低所得者（市町村民税非課税）に該当する場合に提出してください。

2、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。

短期様式第35号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属所コード	組合員証番号

限度額適用認定申請書

組合員氏名		申請時の標準報酬月額	円
生年月日	年　月　日生（　歳）		
適用対象者氏名		傷病の原因	（該当を○で囲む） 1、 第三者加害行為 （原則加害者負担） 2、 公務（通勤）災害 （申請中） 3、 その他
生年月日	年　月　日生（　歳）		
対象者住所			
申請期間	（申請月） 年　月初日 ～ 年　月末日		※記載がない場合は、受付した月の初日から3か月間有効の証交付とします。
希望送付先 ※所属所での受取ができない場合のみ記入	□ 組合員宅 □ その他 〔〒　〕		※原則、所属所送付です。 組合員宅等への送付は、組合員本人がすでに入院している等の事情により、所属所で認定証を受け取れない場合に限ります。

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。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

〒

申請者
住　所

職名・氏名　㊞

電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名

所属所長名　印

電話番号

※組合員が市町村民税非課税者の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。

短期様式第35号

共済組合

受付印

所属所 福利小学校

29.7.20

受付印

受付

記　入　例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利小学校	奈良　花子
999999	999999

限度額適用認定申請書

組合員氏名	奈良　花子	額	340,000 円
生年月日	昭和 57 年 4 月 10 日		
適用対象者氏名	同上	傷病の原因	（該当を○で囲む） 1、第三者加害行為　（原則加害者負担） 2、公務（通勤）災害　（申請中） 3、その他
生年月日	年　月　日生（　歳）		
対象者住所	630-0000 奈良県奈良市登大路町○○		
申請期間	（申請月） 平成 29 年 7 月初日 ～ 平成 30 年 3 月末日		※記載がない場合は、受付した月の初日から３か月間有効の証交付とします。
希望送付先 ※所属所での受取ができない場合のみ記入	□ 組合員宅 □ その他〔〒　　〕		※原則、所属所送付です。 組合員宅等への送付は、組合員本人がすでに入院している等の事情により、所属所で認定証を受け取れない場合に限ります。

該当するものを○で囲む。
交通事故等の第三者加害行為や公務災害が原因でなければ「3」に○をつけてください。
※記入漏れのないようお願いします!!

認定証が必要な期間を記入。
最長１年間の申請が可能。
療養にかかる期間が不明な場合は、期間を長めに申請してください。

通常、認定証は所属所に送付しますが、事情があり組合員が所属所で認定証を受け取れない場合は、送付希望先の「組合員宅」に ☑ を入れてください。
里帰り出産等で所属所や組合員の自宅以外への送付を希望される場合は、「その他」に記入してください。

上記のとおり公立学校共済組合限度額適用認定を申請します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 7 月 20 日

申請者

〒639-△△△△

住所　奈良県奈良市登大路町○○

職名・氏名　奈良　花子　奈良印

電話番号　0742－27－××××

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 20 日

所属所名　福利小学校

所属所長名　福利　太郎　福利小学校之印

電話番号　0742－27－○○○○

※組合員が市町村民税非課税者の場合は、「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」をご提出ください。

別紙様式第９号の１の２

共済組合
受付印

所属所
受付印

組合員氏名	組合員氏名
組合員証番号	組合員証番号

特定疾病療養認定申請書

組合員氏名		申請時の標準報酬月額	円		
受診者氏名		性別		組合員との続柄	
生年月日	年　月　日	受診者の住所			

医師の証明

疾病名	左記疾病の初診日
	年　月　日
	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。

上記のとおり証明します。

年　月　日

医療機関　所在地

名称

医師名　㊞

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

年　月　日

〒

住　所

組合員　職名・氏名　㊞

電話番号

所属所長検認欄	所属所名 所属所長　印

別紙様式第９号の１の２

共済組合

受付印

所属所

H29.4.21

受付印

福利小学校

組合員氏名	組合員氏名
組合員証番号	組合員証番号
福利小学校	公立　太郎
999999	111111

特定疾病療養認定申請書

組合員氏名	公立　太郎	申請時の標準報酬月額	340,000 円		
受診者氏名	公立　太郎	性別	男	組合員との続柄	本人
生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日	受診者の住所	奈良県奈良市登大路町〇〇		

医師の証明

疾病名	左記疾病の初診日
慢性腎不全	平成 28 年 10 月 10 日
	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。

上記の疾病により、今後 血液透析加療を要する。

上記のとおり証明します。

平成 29 年 4 月 20 日

医療機関

所在地　●●市△△町××番地

名称　〇〇〇病院

医師名　■■■　■■■　印

上記のとおり申請します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 4 月 21 日

〒 639-△△△△

組合員

住所　奈良県奈良市登大路町〇〇

職名・氏名　公立　太郎　印　公立

電話番号　0742-27-××××

所属所長検認欄

所属所名　福利小学校

所属所長　福利　太郎　印　福利小学校長

短期様式第41号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

事故報告書

組合員氏名		事故発生場所	
療養者氏名	続柄（　　）		
生年月日	年　月　日生（　歳）	事故発生日	年　月　日
事故発生の状況 被害の状況			
組合員証の使用	1．使用した（使用する）　2．使用しない（加害者負担）		

療養経過 ※現在の状況と今後の見込等	傷病名		療養見込期間	
	療養経過			

医療機関名	最初に受診した医療機関名称・所在地		年　月　日　～　年　月　日 年　月　日　～　年　月　日
	その後転院した医療機関名称・所在地		年　月　日　～　年　月　日 年　月　日　～　年　月　日

加害者	氏名		【○で囲んでください】 1．当傷病は公務外である 2．当傷病は公務上である　→　ア．未申請 イ．申請中 ウ．認定済み
	住所		
加害者より賠償を受けた内容・内訳			

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

組合員
〒
住　所
職名・氏名　　㊞
電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名
所属所長名　　印
電話番号

短期様式第41号

共済組合
受付印

福利小学校
所属所
29.7.26
受付印
受付

記　入　例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利小学校	公立　花子
999999	999999

事　故　報　告　書

組合員氏名	公立　花子	事故発生場所	奈良市○○町●●－1
療養者氏名	公立　花子 続柄　（本人）		
生年月日	昭和 40 年 7 月 1 日生（52 歳）	事故発生日	平成 29 年 7 月 22 日
事故発生の状況 被害の状況	一旦停止してから発進したが、北進してきた相手車と衝突した。 頭を打ち、骨折した。		
組合員証の使用	①　使用した（使用する）　　2．使用しない（加害者負担）		
療養経過 ※現在の状況と今後の見込等	傷病名：頭部打撲・肋骨骨折　　療養見込期間：全治3か月 療養経過：現在入院中		
医療機関名 最初に受診した医療機関名称・所在地	□□病院 ○○市○○町○○番地	平成 29 年 7 月 22 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日	
医療機関名 その後転院した医療機関名称・所在地		年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日	
加害者 氏名	山田　三四郎	【○で囲んでください】 ①．当傷病は公務外である 2．当傷病は公務上である → ア．未申請 イ．申請中 ウ．認定済み	
加害者 住所	△△市○○町○○番地		
加害者より賠償を受けた内容・内訳	なし		

※加害者欄には「相手方」を記入してください。
当共済組合では、組合員を加害者とは呼びませんので、
組合員が加害者の場合でも、相手方を記入してください。

組合員
〒630-8213
住　所　奈良市登大路町999-9
職名・氏名　教諭　公立　花子　公立㊞
電話番号　0742-27-○○○○

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 26 日

所属所名　○○市立　福利小学校
所属所長名　福利　太郎　小学校之印 福利
電話番号　0742－27－××××

短期様式第41号の1

事　故　発　生　状　況　報　告　書

当事者	甲（加害者）	氏名		電話番号	
	乙（組合員又は被扶養者）	氏名		電話番号	
		運転　・　同乗　・　歩行　・　その他（　　）			

天　候	晴　・　曇　・雨　・　雪　・　霧	交通状況	混雑　・　普通　・　閑散

道路状況	舗装	してある　・　していない	歩道	（両方・片方）　ある　・　ない
	見通し	良い　・　悪い	直線　・　カーブ　・　平坦　・　坂	
信号又は標識	信号	ある　・　ない	駐車禁止	されている　・　されていない
速度	甲車両	＿＿＿ ｋｍ／ｈ （制限速度 ＿＿＿ ｋｍ／ｈ）		
	乙車両	＿＿＿ ｋｍ／ｈ （制限速度 ＿＿＿ ｋｍ／ｈ）		

事故現場及び状況を図示していください。（道路幅をｍで記入してください。）

自　車

相手車

進行方向

信　号

一旦停止

人　間

自転車
ｵｰﾄﾊﾞｲ

上記図の説明を記入してください。

上記のとおり報告します。

年　　月　　日

組合員氏名　　㊞

短期様式第41号の1

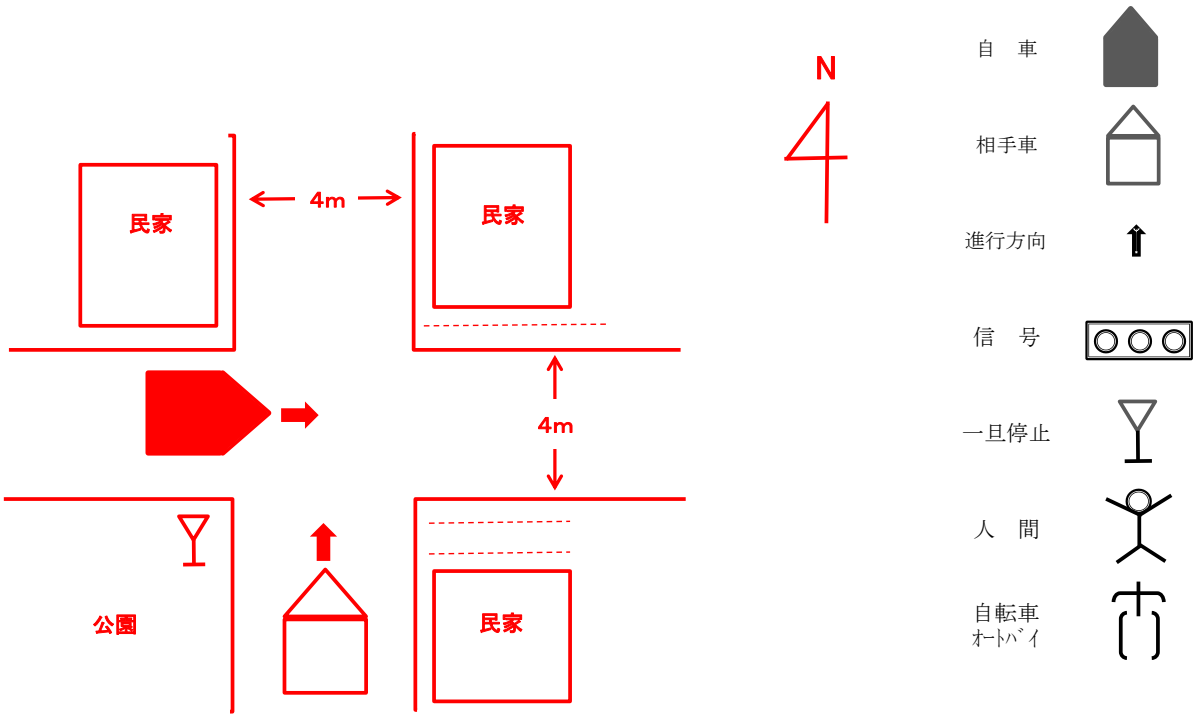
記　入　例

事　故　発　生　状　況　報　告　書

当事者	甲（加害者）	氏名	山田　太郎	電話番号	0742-44-××××
	乙（組合員又は被扶養者）	氏名	公立　花子	電話番号	0742-45-××××
		(運転)・同乗・歩行・その他（　　）			

天　候	(晴)・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・(普通)・閑散	
道路状況	舗装	(してある)・していない	歩道	（両方・片方）ある・(ない)
	見通し	(良い)・悪い	(直線)・カーブ・平坦・坂	
信号又は標識	信号	ある・(ない)	駐車禁止	されている・(されていない)
速度	甲車両	40 ｋｍ／ｈ（制限速度 40 ｋｍ／ｈ）		
	乙車両	10 ｋｍ／ｈ（制限速度 40 ｋｍ／ｈ）		

事故現場及び状況を図示していください。（道路幅をｍで記入してください。）



上記図の説明を記入してください。

一旦停止してから発進したが、北進してきた相手車と衝突した。

上記のとおり報告します。

平成 29 年 7 月 26 日

組合員氏名　公立　花子　㊞

短期様式第41号の2

損　害　賠　償　申　告　書

組合員氏名		被害者氏名		性別	
				続柄	
加害者の氏名及び住所		事故発生年月日	年　月　日		
事故発生状況					
被害の状況及び見積額					
加害者から受けた損害賠償					

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

〒

組合員

住　所

職名・氏名　㊞

電話番号

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名

所属所長名　印

電話番号

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、できるだけ具体的に詳しく記入してください。

短期様式第41号の2

記　入　例

損　害　賠　償　申　告　書

組合員氏名	公立　花子	被害者氏名	公立　花子	性別	女
				続柄	本人
加害者の氏名及び住所	事故報告書のとおり		事故発生年月日	平成 29 年 7 月 22 日	
事故発生状況	事故報告書のとおり				
被害の状況及び見積額	頭部打撲・肋骨骨折。 見積額は不明。				
加害者から受けた損害賠償	なし				

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 7 月 26 日

〒630-8213

組合員

住　　所　奈良市登大路町999-9

職名・氏名　教諭　公立　花子　公立 印

電話番号　0742-27-○○○○

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 7 月 26 日

所属所名　○○市立　福利小学校

所属所長名　福利　太郎　福利小学校

電話番号　0742-27-××××

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、できるだけ具体的に詳しく記入してください。

短期様式第41号の３

加害者の自動車損害賠償責任保険等加入状況調書

自動車損害賠償責任保険

保険会社	名称	電話番号（　　－　　－　　）			
	住所				
証明書番号			被害者	氏名	
保険契約者	氏名			住所	
	住所			職業	
保険期間	自　　年　　月　　日 至　　年　　月　　日		保有者	氏名	
				住所	
自動車	種別		運転者	氏名	
	府県名			住所	
	登録番号又は車両番号			性別	
	車体番号			年齢	歳
	使用の本拠の所在地			保有者との関係	

自動車任意保険

保険会社	名称	電話番号（　　－　　－　　）
	住所	
証明書番号		
保険契約者	氏名	
	住所	

短期様式第41号の３

記　入　例

加害者の自動車損害賠償責任保険等加入状況調書

自動車損害賠償責任保険

保険会社	名称	○○海上保険株式会社　電話番号（0742－47－○○○○）			
	住所	○○市○○町○○番地			
証明書番号		A-○○○○○○-○	被害者	氏名	奈良市登大路町999-9
保険契約者	氏名	山田　三四郎		住所	公立　花子
	住所	△△市○○町○○番地		職業	公務員
保険期間		自　年　月　日 至　年　月　日	保有者	氏名	山田　三四郎
				住所	△△市○○町○○番地
自動車	種別	普通自動車	運転者	氏名	山田　三四郎
	府県名	奈良県		住所	△△市○○町○○番地
	登録番号又は車両番号	奈良○○あ　××××		性別	男
	車体番号	○○○○-××××		年齢	53　歳
	使用の本拠の所在地	△△市○○町○○番地		保有者との関係	本人

自動車任意保険

保険会社	名称	○○海上保険株式会社　電話番号（0742－33－○○○○）
	住所	○○市○○町○○番地○○号
証明書番号		○○○○○○
保険契約者	氏名	山田　三四郎
	住所	△△市○○町○○番地

短期様式第41号の4

確　　約　　書

年　　月　　日

公立学校共済組合奈良支部長　殿

住　所

氏　名　　㊞

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日、（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において、

（加害者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により（被害者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

の被った傷病について地方公務員等共済組合法による給付を受けた場合は、同法第50条の規定によって共済組合がその給付の価額の限度において請求権を行使し、損害賠償金として受領することに異議ありません。

なお、あわせて下記の事項を遵守することを確約します。

記

1　傷病が治癒又は治療を中止したときは、貴職にその旨を届け出ること。

2　加害者と示談を行う場合は、必ず前もって、貴職にその内容等を届け出ること。

3　加害者側に白紙委任状を渡さないこと。

短期様式第41号の4

記　入　例

確　　約　　書

平成　29　年　7　月　26　日

公立学校共済組合奈良支部長　殿

住　所　奈良市登大路町999-9
氏　名　公立　花子　　公印

平成 29 年 7 月 22 日、（場所）奈良市〇〇町●●－1 において、

（加害者氏名）山田　三四郎 の不法行為により （被害者氏名）公立　花子

の被った傷病について地方公務員等共済組合法による給付を受けた場合は、同法第50条の規定によって共済組合がその給付の価額の限度において請求権を行使し、損害賠償金として受領することに異議ありません。

なお、あわせて下記の事項を遵守することを確約します。

記

1　傷病が治癒又は治療を中止したときは、貴職にその旨を届け出ること。

2　加害者と示談を行う場合は、必ず前もって、貴職にその内容等を届け出ること。

3　加害者側に白紙委任状を渡さないこと。

短期様式第41号の5

誓　約　書

年　　月　　日

公立学校共済組合奈良支部長　殿

加　害　者　住　所
氏　名　　㊞

連帯保証人　住　所
氏　名　　㊞

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日、（場所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

発生した自動車事故により、貴支部組合員（被害者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿に与えた

傷病に対して給付される地方公務員等共済組合法の損害賠償について、下記のとおり誓約します。

記

1　地方公務員等共済組合法の規定により、給付を行った価額の限度において返還請求を受けた場合、私が負う法律上の賠償責任の限度において、その請求書の到達日より１４日以内にお支払いします。

2　示談を行う場合は、成立の前に貴職へ成案を提示いたします。

※　連帯保証人は、加害者が任意保険に加入していない場合のみ必要です。

短期様式第41号の5

記　入　例

誓　　約　　書

平成 29 年 7 月 26 日

公立学校共済組合奈良支部長　殿

加　害　者　住　所　△△市○○町○○番地
氏　名　山田　三四郎　㊞公立

連帯保証人　住　所　○○市○○町○○番地
氏　名　奈良　三郎　㊞奈良

平成 29 年 7 月 22 日、（場所）奈良市○○町●●－1 において発生した自動車事故により、貴支部組合員（被害者氏名）公立　花子 に与えた傷病に対して給付される地方公務員等共済組合法の損害賠償について、下記のとおり誓約します。

記

1　地方公務員等共済組合法の規定により、給付を行った価額の限度において返還請求を受けた場合、私が負う法律上の賠償責任の限度において、その請求書の到達日より１４日以内にお支払いします。

2　示談を行う場合は、成立の前に貴職へ成案を提示いたします。

※　連帯保証人は、加害者が任意保険に加入していない場合のみ必要です。

短期様式第41号の6

加害者との交渉状況報告書

組合員氏名		被害者氏名		性別	
				続柄	
事故発生年月日	年　　月　　日				

1．損害賠償請求についての交渉経過

2．示談が　＿＿＿＿　年　＿＿　月　＿＿　日　に成立した。（示談書の写し添付）

示談金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　円

内 訳

療 養 費	円	慰 謝 料	円
見 舞 金	円	休 業 補 償	円
損 害 補 償	円	交 通 費	円
雑　　費	円		

その他の条件　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　　月　　日

〒＿＿＿＿

組合員

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職名・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　未成立のときは、後日示談書の写しを提出してください。

短期様式第41号の6

記　入　例

加害者との交渉状況報告書

組合員氏名	公立　花子	被害者氏名	公立　花子	性別	女
				続柄	本人
事故発生年月日	平成 29 年 7 月 22 日				

1．　損害賠償請求についての交渉経過

加害者　山田　三四郎より申し出があり、2回交渉した結果、通院費・入院諸費・作業損害・慰謝料等を含め、60万円を受け取った。

治療費については、適正額を共済組合に支払うとのことです。

2．　示談が　平成 29 年 11 月 17 日　に成立した。（示談書の写し添付）

示談金額　600,000　円

内 訳

療　養　費	円	慰　謝　料	200,000 円
見　舞　金	100,000 円	休 業 補 償	100,000 円
損 害 補 償	130,000 円	交　通　費	20,000 円
雑　　費	50,000 円		

その他の条件

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 11 月 30 日

〒630-8213

組合員

住　　所　奈良市登大路町999-9

職名・氏名　教諭　公立　　花子　　公立 印

電話番号　0742-27-○○○○

※　未成立のときは、後日示談書の写しを提出してください。

短期様式第 41 号の 7

同　意　書

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

公立学校共済組合奈良支部長 殿

　　年　　月　　日

（届出者）

組合員証記号番号　公立奈良

組合員氏名　　㊞

被扶養者氏名　　㊞

　　㊞

　　㊞

＊　組合員証等を使用する場合は、事故報告書に必ず添付ください。

＊　被害者が被扶養者である場合は、組合員と併せて被扶養者も署名捺印してください。

短期様式第 41 号の 7

記　入　例

同　意　書

私が 平成 29 年 7 月 22 日に発生した 交通 事故で被った損害のうち、組合員証等を使用したことにより公立学校共済組合奈良支部が給付した保健給付等について、地方公務員等共済組合法第 50 条の規定により同支部が代位取得した求償権を行使することを目的として、損害保険会社（JA 共済、全労済を含む）に対して当該給付に係る診療報酬明細書（レセプト）等を提供することを同意します。

公立学校共済組合奈良支部長 殿

平成 29 年 7 月 26 日

（届出者）

組合員証記号番号　公立奈良 999999

組合員氏名　公立　花子　公立 印

被扶養者氏名　　印

　　印

　　印

＊　組合員証等を使用する場合は、事故報告書に必ず添付ください。

＊　被害者が被扶養者である場合は、組合員と併せて被扶養者も署名捺印してください。

短期様式第51号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号

公務災害
通勤災害　認定請求中にかかる組合員証使用報告書

組合員氏名		災害発生日	年　月　日
傷病名			

私は、別添「公務・通勤災害認定請求書」（写）のとおり、災害を受けましたが、公務・通勤災害に該当するかどうか明らかでないので、組合員証等を使用します。

治療を受けた医療機関名等

医療機関		受診した期間	
名　称		入院	年　月　日　～　年　月　日
所在地		外来	年　月　日　～　年　月　日

上記のとおり報告します。
公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

組合員
〒＿＿＿＿＿＿
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
職名・氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
所属所長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※地方公務員災害補償基金へ提出する書類のうち、公務・通勤災害認定請求書の写しを添付してください。

短期様式第51号

共済組合

受 付 印

福利中学校
所属所
29.4.10
受付印
受付

記 入 例

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
福利中学校	公立　花子
550000	123456

公務災害
通勤災害　認定請求中にかかる組合員証使用報告書

組合員氏名	公立　花子	災害発生日	平成 29 年 4 月 5 日
傷病名	アキレス腱断裂		

私は、別添「公務・通勤災害認定請求書」（写）のとおり、災害を受けましたが、公務・通勤災害に該当するかどうか明らかでないので、組合員証等を使用します。

治療を受けた医療機関名等

医療機関		受診した期間	
名　称	○○病院	入院	平成 29 年 4 月 5 日 ～　年　月　日
所在地	○○市○○町○○番地	外来	年　月　日 ～　年　月　日

上記のとおり報告します。
公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成 29 年 4 月 7 日

組合員
〒630-8213
住　所　奈良市登大路町999-9
職名・氏名　教諭　公立　花子　公立之印
電話番号　0742-27-○○○○

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 29 年 4 月 10 日

所属所名　○○市立　福利中学校
所属所長名　奈良　一郎　福利小学校之印
電話番号　0742－27－××××

※地方公務員災害補償基金へ提出する書類のうち、公務・通勤災害認定請求書の写しを添付してください。

短期様式第61号

給付金等口座振込 変更 申出書

年　月　日

公立学校共済組合奈良支部長
(財)奈良県教職員互助組合理事　殿
(財)奈良県職員互助会理事長

所属所ｺｰﾄﾞ：
所属所名：
所属所長：
（公印省略）

貴組合（奈良県教職員互助組合及び奈良県職員互助会加入者はそれらを含む。）から支払われる給付金等の個人口座振込について、下記のとおり組合員から申し出がありましたので提出します。

記

申出区分 … 1：新規、2：変更
口座種別 … 1：普通、2：当座
※ゆうちょ銀行の場合、銀行から振込可能な口座を記入

組合員氏名 組合員番号	申出区分	口座種別	振込口座 金融機関名 金融機関ｺｰﾄﾞ	支店名 支店コード	口座番号（右詰め）	申出印	事務担当者確認印

※通帳の写し等の添付書類は、事務担当者様が該当者の個人口座を通帳等によりご確認いただき、「事務担当者確認印」欄に押印くだされば、省略して差し支えありません。

短期様式第80号

共済組合
受付印

所属所
受付印

所属所名	組合員氏名
所属所コード	組合員番号

福祉医療制度報告書（該当番号を〇で囲む）

1　該当　　2　非該当

対象者氏名①		続柄	
生年月日	年　月　日（　歳）		

※共済組合使用欄

機関発行		備考	

受給資格証の該当する番号を〇で囲む

1　乳幼児医療費助成事業
2　子ども医療費助成事業（義務教育就学後のもの）
3　心身障害者医療費助成事業
4　ひとり親医療費助成事業
5　精神障害者医療費助成事業
6　その他
〔　　〕

該当　年　月　日　から

非該当

非該当事由に該当する番号を〇で囲む

1　定期更新されなかった
2　有効期間中に資格が喪失した
3　有効期間（至）が助成終了日となる
4　その他（　　）

年　月　日　まで

↓上記報告内容と同じ対象者がいる場合は、対象者氏名②～⑤に記入する↓

対象者氏名②		続柄		対象者氏名③		続柄	
生年月日	年　月　日（　歳）			生年月日	年　月　日（　歳）		
対象者氏名④		続柄		対象者氏名⑤		続柄	
生年月日	年　月　日（　歳）			生年月日	年　月　日（　歳）		

上記のとおり報告します。

〒

公立学校共済組合奈良支部長　殿

年　月　日

組合員
住所：
氏名：　　㊞
電話：

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年　月　日

所属所長
職名：
氏名：　　印

〇この報告書作成時は、「福祉医療制度報告対象者」を参照してください。
〇該当報告及び非該当事由３の場合は、受給資格証の写しを添付してください。
〇非該当事由１又は２の場合は、発行機関から資格喪失の通知等を受けていれば、その通知の写しを添付してください。

記入例　平成２９年８月１日から子ども医療費助成事業が実施された場合

短期様式第80号

共済組合受付印

何々小学校 所属所 29.09.01 受付

所属所名	組合員氏名
所属所コード	組合員番号
何々小学校	奈良　一郎
5 9 0 0 0 0	7 0 0 0 0 0

福祉医療制度報告書（該当番号を○で囲む）

①　該当　　２　非該当

対象者氏名①	奈良　三吉	続柄	長男
生年月日	平成１９年　７月　７日　（１０歳）		

※共済組合使用欄

機関発行		備考	

受給資格証の該当する番号を○で囲む

1　乳幼児医療費助成事業
2　子ども医療費助成事業（義務教育就学後のもの）
3　心身障害者医療費助成事業
4　ひとり親医療費助成事業
5　精神障害者医療費助成事業
6　その他（　　）

該当：平成２９年　８月　１日　から

非該当：非該当事由に該当する番号を○で囲む

1　定期更新されなかった
2　有効期間中に資格が喪失した
3　有効期間（至）が助成終了日となる
4　その他（　　）

年　月　日　まで

↓上記報告内容と同じ対象者がいる場合は、対象者氏名②～⑤に記入する↓

対象者氏名②	奈良　三郎	続柄	二男	対象者氏名③		続柄	
生年月日	平成１９年　７月　７日　（１０歳）			生年月日	年　月　日　（　歳）		
対象者氏名④		続柄		対象者氏名⑤		続柄	
生年月日	年　月　日　（　歳）			生年月日	年　月　日　（　歳）		

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合奈良支部長　殿

平成２９年　９月　１日

〒 600-0001

組合員
住所：奈良市何々３丁目５５５番地
氏名：奈良　一郎　奈㊞
電話：0742-00-0000

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成２９年　９月　１日

所属所長
職名：奈良市立何々小学校長
氏名：公立　太郎　何々小学校長之印

○この報告書作成時は、「福祉医療制度報告対象者」を参照してください。
○該当報告及び非該当事由３の場合は、受給資格証の写しを添付してください。
○非該当事由１又は２の場合は、発行機関から資格喪失の通知等を受けていれば、その通知の写しを添付してください。

この報告書のほかに、受給資格証の写しが必要です。

【 別紙】

－ 0000500000
何々小学校

【見本】給付台帳

給付台帳

医療給付の場合、受診月（請求期間(自)）に係る項目名称の給付一覧となるため、医療機関等ごとの医療費総額及び組合員負担額は表示されません。

組合員番号	組合員氏名／請求者氏名	対象者氏名	項目名称	請求期間(自)	請求期間(至)	給付額	支給年月日	銀行名	支店名
100000	組合員A	組合員A	高額療養費	平成28年10月01日		67,570	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
100000	組合員A	組合員A	一部負担金払戻金	平成28年10月01日		57,400	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

組合員Aが平成28年10月に一医療機関で入院し150,000円を負担(ウの一般限度額適用認定証不使用)した場合における給付

⇧ 給付が発生する項目名

⇧ 平成28年10月受診
「請求期間(自)」に"受診年月+01日"と表示
「請求期間(至)」は表示なし

⇧ 給付額合計を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

200000	組合員B	合算	高額療養費	平成28年10月01日		237,000	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
200000	組合員B	被扶養者B-1	高額療養費	平成28年10月01日		-207,000	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
200000	組合員B	合算	家族療養費附加金	平成28年10月01日		13,000	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

70歳未満の被扶養者B-1が平成28年10月に
イの上位限度額適用認定証を使用し93,000円を負担した
入院(多数該当)と30,000円を負担した外来があった場合の合算給付

⇧ 給付が発生する項目名と
給付額を調整する項目名

⇧ 平成28年10月受診
「請求期間(自)」に"受診年月+01日"と表示
「請求期間(至)」は表示なし

⇧ 給付額合計を支給年月日に個人口座へ振り込みます。
ﾏｲﾅｽ給付額は現物支給の高額療養費

※ 合算高額療養費(70歳未満の組合員又はその被扶養者が同一の月に自己負担21,000円以上の療養が複数あるとき等)が支給される場合、合算により算出した高額療養費を記載します。(対象者氏名欄には"合算"と表示)
限度額適用認定証等の使用により、高額療養費(現物支給)があり、その額が実際の給付額(合算又は多数回該当の対象になる場合等)と異なる場合は、その給付額を差し引きます。
(対象者氏名欄には対象者氏名、給付額はﾏｲﾅｽで表示)
合算で高額療養費が支給される場合、家族療養費附加金も合算により算出します。

300000	組合員C	合算	高額療養費	平成28年10月01日		215,180	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
300000	組合員C	合算	一部負担金払戻金	平成28年10月01日		124,800	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

70歳未満の組合員又は被扶養者が平成28年10月に一医療機関で
300,000円を負担した入院(イの上位限度額適用認定証不使用)と
90,000円を負担した外来があった場合の給付

⇧ 給付が発生する項目名

⇧ 平成28年10月受診
「請求期間(自)」に"受診年月+01日"と表示
「請求期間(至)」は表示なし

⇧ 給付額合計を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

※ 合算により算出した高額療養費と一部負担金払戻金もしくは家族療養費附加金が表示されます。(対象者氏名欄には"合算"と記載)
限度額適用認定証を使用していないため、ﾏｲﾅｽ給付額の表示はありません。
合算した際の附加金の項目名称は下記のとおり表示されます。
・組合員のみの場合:一部負担金払戻金
・被扶養者のみの場合:家族療養費附加金もしくは家族訪問看護療養費附加金
・組合員と被扶養者の場合:一部負担金払戻金

300000	組合員D	被扶養者D-1	家族療養費附加金	平成28年10月01日		7,000	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

70歳未満の被扶養者D-1(区分:ウの一般)が
平成28年10月に一医療機関で27,000円を負担した外来と
別医療機関で30,000円を負担した外来があった場合の給付

⇧ 給付が発生する項目名

⇧ 平成28年10月受診
「請求期間(自)」に"受診年月+01日"と表示
「請求期間(至)」は表示なし

⇧ 給付額を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

※ 2件とも合算対象ですが、高額療養費の支給にはならないため、家族療養費附加金を個別に算出します。
ただし、受診年月、対象者及び項目名称が同じであるため、合算によるものではありませんが、合計で記載されます。

組合員番号	組合員氏名／請求者氏名	対象者氏名	項目名称	請求期間(自)	請求期間(至)	給付額	支給年月日	銀行名	支店名
100000	組合員A	組合員A	療養費	平成28年12月20日	平成28年12月20日	7,000	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

組合員Aが平成28年12月に10,000円の治療用装具を購入し「療養費請求書」を提出した場合における給付

⇧ 給付が発生する項目名
⇧ 請求書に記入された「療養期間」を表示
⇧ 給付額を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

100000	組合員A	被扶養者A-1	家族出産費	平成28年12月12日		15,000	平成23年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
100000	組合員A	被扶養者A-1	家族出産費附加金	平成28年12月12日		50,000	平成23年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

被扶養配偶者が平成28年12月に出産し
(医療機関で出産にかかった費用405,000円については直接支払制度を利用した)
「家族出産費・家族出産費附加金請求書」を提出した場合における給付

⇧ 給付が発生する項目名
⇧ 出産年月日を表示
「請求期間(至)」は表示なし
⇧ 給付額合計を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

※ 現在、出産費の給付額は420,000円（産科医療補償制度対象の場合）となっており、医療機関での出産に係る費用は、この額を上限に現物給付を行うことができます。 現物給付を行った際、420,000円に満たなかった場合は、
組合員からの請求により差額を出産費として組合員に支給します。
組合員から差額や附加金の請求が無い状態で、医療機関からの請求に基づき現物給付分を医療機関に支払った場合、組合員への振り込みはありませんが給付額0円の「給付金決定通知書」を送付します。
「給付金決定通知書」の対象者氏名欄には"給付申請をしてください"と表示されますので、組合員に請求手続きをおこなうよう促してください。
この場合、給付台帳には記載はありません。

111111	組合員B	組合員B	育児休業手当金	平成29年01月01日	平成29年01月31日	176,543	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
222222	組合員C	組合員C	介護休業手当金	平成29年01月11日	平成29年01月21日	67,891	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ
333333	組合員D	組合員D	傷病手当金	平成29年01月01日	平成29年01月31日	312,345	平成29年01月25日	ﾅﾝﾄ	ｹﾝﾁｮｳ

それぞれ手当金請求書を提出した場合の給付

⇧ 給付が発生する項目名
⇧ 月単位の支給対象期間を表示
⇧ それぞれ給付額を支給年月日に個人口座へ振り込みます。

※ 請求書による給付は、毎月10日締め切り（休日の場合前日まで）で、当月25日（休日の場合翌日）支給となります。

【見本】給付金決定通知書

給 付 金 決 定 通 知 書

氡名変更等による振込エラーが生じた場合は、支給日が遅れることがあります。

短期給付金を下記のとおり決定しましたので通知します。
なお、短期給付金は、平成29年01月25日以降、下記金融機関の指定口座へ振り込みます。

	給付金の名称	対象者氡名	請求期間(自)	請求期間(至)	日数	給付額(円)
①	高額療養費	組合員A	平成28年10月			67,570
	一部負担金払戻金	組合員A	平成28年10月			57,400

組合員Aが平成28年10月に一医療機関で1入院し150,000円を負担(ウの一般限度額適用認定証不使用)した場合の給付

平成28年10月受診
「請求期間(至)」は表示なし

②	高額療養費	合算	平成28年10月			237,000
	高額療養費	被扶養者B-1	平成28年10月			-207,000
	家族療養費附加金	合算	平成28年10月			13,000

70歳未満の被扶養者B-1が平成28年10月にイの上位限度額適用認定証を使用し93,000円を負担した入院(多数回該当)と30,000円を負担した外来があった場合の給付

平成28年10月受診
「請求期間(至)」は表示なし

マイナス給付額は現物支給の高額療養費

※ 合算高額療養費(70歳未満の組合員又はその被扶養者が同一の月に自己負担21,000円以上の療養が複数あるとき等)が支給される場合、
合算により算出した高額療養費を記載します。(対象者氡名欄には"合算"と表示)
先に支給した高額療養費(現物支給)があり、その額が実際の給付額(合算又は多数回該当の対象になる場合等)と異なる場合は、
その給付額を差し引きます。(対象者氡名欄には対象者氡名、給付額はマイナスで表示)
合算高額療養費が支給される場合、家族療養費附加金も合算により算出します。

③	高額療養費	合算	平成28年10月			215,180
	一部負担金払戻金	合算	平成28年10月			124,800

70歳未満の組合員又はその被扶養者が平成28年10月に一医療機関で300,000円を負担した入院(イの上位限度額適用認定証不使用)と90,000円を負担した外来があった場合の給付

平成28年10月受診
「請求期間(至)」は表示なし

※ 合算により算出した高額療養費と家族療養費附加金が記載されます。(対象者氡名欄には"合算"と表示)
限度額適用認定証を使用していないため、マイナス給付額の記載はありません。
合算した際の附加金の項目名称は下記のとおり表示されます。
・組合員のみの場合:一部負担金払戻金
・被扶養者のみの場合:家族療養費附加金もしくは家族訪問看護附加金
・組合員と被扶養者の場合:一部負担金払戻金

④	家族療養費附加金	被扶養者D-1	平成28年10月			7,000

70歳未満の被扶養者D-1(区分:ウの一般)が平成28年10月に一医療機関で27,000円を負担した外来と別医療機関で30,000円を負担した外来があった場合の給付

平成28年10月受診
「請求期間(至)」は表示なし

※ 2件とも合算対象ですが、高額療養費の支給にはならないため、家族療養費附加金を個別に算出します。
ただし、対象者及び給付金の名称が同じであるため、合算によるものではありませんが、合計で記載されます。

	給付金の名称	対象者氡名	請求期間(自)	請求期間(至)	日数	給付額(円)
⑤	療養費	組合員A	平成28年12月20日	平成28年12月20日	0	7,000

組合員Aが平成28年12月に10,000円の治療用装具を購入し「療養費請求書」を提出した場合の給付

「療養期間」又は「購入日」を表示

⑥	家族出産費	被扶養者A-1	平成28年12月12日			15,000
	(給付総額)	420,000円				0
	(直接支払額)	405,000円				0
	家族出産費附加金	被扶養者A-1	平成28年12月12日			50,000

医療機関への支払額(現物給付)を表示

出産年月日を表示
「請求期間(至)」は表示なし

組合員への振り込みは無いため、"0"を表示

被扶養配偶者A-1が平成28年12月に出産し(医療機関で出産にかかった費用405,000円については直接支払制度を利用した)「家族出産費・家族出産費附加金請求書」を提出した場合の給付

※ 現在、出産費の給付額は420,000円(産科医補償制度対象の場合)となっており、医療機関での出産に係る費用は、この額を上限に現物給付を行うことができます。
現物給付を行った際、420,000円に満たなかった場合は、差額を出産費として組合員に支給します。
直接支払制度を利用し、出産費及び出産費附加金の請求が遅れている場合は、「対象者氡名」欄に"給付申請をして下さい"と表示されます。

医療機関には支払い(現物給付)済みで、組合員から家族出産費・家族出産費附加金が請求されていない場合に表示。組合員に申請を促してください。

⑦	家族出産費	(27,940円) 給付申請をしてください	平成28年12月12日			0
	(給付総額)	420,000円				0
	(直接支払額)	392,060円				0
	家族出産費附加金	(50,000円) 給付申請をしてください	平成28年12月12日			0

医療機関への支払額(現物給付)を表示。

出産年月日を表示
「請求期間(至)」は表示なし

被扶養配偶者A-1が平成28年12月に出産し(医療機関で出産にかかった費用392,060円については直接支払制度を利用した)「家族出産費・家族出産費附加金請求書」を提出した場合の給付

※直接支払制度を利用し、出産費及び出産費附加金の請求が遅れている場合は、「対象者氏名」欄に"給付申請をして下さい"と表示されます。
医療機関への支払いが済んだことを通知するために、給付金決定通知書は送付しますが、所属所への通知台帳には記載されません。

⑧	育児休業手当金(50%)	組合員B	平成28年12月01日	平成28年12月31日	22	176,543

月単位の支給対象期間を表示

手当金請求書を提出した場合の給付

※ 各手当金は、同様に表示されます。

上記 ②・⑥ の合計

給付金支給額計(上記までの合計) ①	108,000
給付金控除額 ②	0
差引支給金額(振込額) ①－②	108,000

※「給付金控除額 ②」は、傷病手当金又は傷病手当金附加金から、掛金や貸付償還金等を控除する場合に表示されます。

○70歳未満に係る高額療養費
個人・月・医療機関・入院外来別で、自己負担額(食事及び保険適用外に要した費用を除く)から高額療養費算定基準額を控除した額

70歳未満の高額療養費算定所得区分(組合員の標準報酬月額による)			70歳未満高額療養費算定基準額 (下段は「 高額療養費多数回該当」 の場合)
上位	ア	標準報酬月額 830,000円以上	252,600円＋(医療費－842,000円) ×1% 140,100円
上位	イ	標準報酬月額 530,000円以上830,000円未満	167,400円＋(医療費－558,000円) ×1% 93,000円
一般	ウ	標準報酬月額 280,000円以上530,000円未満	80,100円＋(医療費－267,000円) ×1% 44,400円
一般	エ	標準報酬月額 280,000円未満	57,600円 44,400円
低所	オ	市町村民税非課税者	35,400円 24,600円

※高額療養費多数回該当：組合員又はその被扶養者が、12月以内に高額療養費が3月以上支給されている場合、4月目以降を多数回とする。
※合算：70歳未満の組合員又はその被扶養者が同一の月に自己負担21,000円以上の療養が複数ある場合、
それらの医療費の合計から高額療養費算定基準額を求め、自己負担額の合計から控除した額を高額療養費とする。

○70歳から74歳に係る高額療養費
・外来：個人・月別で、自己負担額(保険適用外に要した費用を除く)を合算した額から高額療養費算定基準額を控除した額
・入院及び世帯：月別で、自己負担額(食事及び保険適用外に要した費用及び外来に係る高額を除く)を合算した額から高額療養費算定基準額を控除した額

70歳から74歳の高額療養費算定所得区分	入院含む世帯全体に係る 高額療養費算定基準額	外来に係る 高額療養費算定基準額
一般所得者: 被扶養者	57,600円(多数回該当 44,400円)	14,000円(年間上限144,000円)
低所得者Ⅱ: 非課税者(組合員)	24,600円	8,000円
低所得者Ⅰ: 非課税者(組合員及び被扶養者全員)	15,000円	

※合算：70歳から74歳の療養と70歳未満の合算対象療養があれば合算し、
70歳未満高額療養費算定基準額を用いて70歳未満の高額療養費を算出する。

○一部負担金払戻金・家族療養費附加金
個人・月・医療機関・入院外来別で、自己負担額(食事及び保険適用外に要した費用及び高額療養費を除く)から
上位所得者は50,000円 (70歳未満合算高額療養費が発生する場合は100,000円) 、一般所得者は25,000円 (70歳未満合算高額療養費が発生する
ただし、公費負担(国等からの助成)がある場合は異なる。