

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

区分		法定給付		附加給付等	
		組合員	被扶養者	組合員	被扶養者
保健給付	病気 負傷	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	家族療養費	一部負担金払戻金	家族療養費附加金
		訪問看護療養費	家族訪問看護療養費		家族訪問看護療養費附加金
		移送費	家族移送費		
		高額療養費	高額療養費		
		高額介護合算療養費			
	出産	出産費	家族出産費	出産費附加金	家族出産費附加金
	死亡	埋葬料	家族埋葬料	埋葬料附加金	家族埋葬料附加金
休業給付	休業等	傷病手当金		傷病手当金附加金	
		出産手当金			
		休業手当金			
		育児休業手当金			
		介護休業手当金			
給付 災害	災害	弔慰金	家族弔慰金		
		災害見舞金			

2 給付金の支払い

(1) 支給方法

ア. 自動給付するもの

①医療機関等の窓口で受ける現物給付※

②高額療養費、一部負担金払戻金、家族療養費附加金

・ 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

・ 請求書の締め切り

毎月10日（休日の場合前日）

・ 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。

●「現物給付※」と「現金給付」

・ 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

(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。

※申告書の提出日と金融機関での変更手続日が1週間以上空く場合は必ずご連絡ください。

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

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.144参照）

・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.132参照）

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、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地方公務員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

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。

※「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。

$$\text{療養の給付} = \text{総医療費} - \text{一部負担金} \\ \text{(総医療費} \times \text{医療費の負担割合)}$$

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 ※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

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.125](#)を参照してください）

3 入院時食事療養費

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 460 円
低所得 (市町村民税の非課税者)	過去1年間の入院期間が 90日以内の者	1食につき 210 円
	過去1年間の入院期間が 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

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 370 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 370 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 370 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

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、患者申出療養又は選定療養*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。

※患者申出療養：厚生労働大臣が定める先進医療や治験に係る診療等

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であり、患者申出療養に含まれない治療等

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

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

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済む現物給付がありますが、どちらでも給付額は同じです。

$$\text{高額療養費} = \text{一部負担金 (自己負担額)} - \text{自己負担限度額}$$

(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

所得区分		自己負担限度額	
		外来	入院+外来
現役並	標準報酬月額 83 万円以上	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1% 【多数回該当 : 140,100 円】	
	標準報酬月額 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】	
	標準報酬月額 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】	
一般	標準報酬月額 28 万円未満	外来 18,000 円 (年間 144,000 円上限)	入院 57,600 円 【多数回該当 : 44,400 円】
低所得	市町村民税非課税	外来 8,000 円	入院 24,600 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（現役並所得者除く）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。

(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高額長期特定疾病療養として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)

自己負担限度額（70歳以上の場合は標準報酬月額に関わらず10,000円）

	標準報酬月額 53 万円未満	標準報酬月額 53 万円以上
(ア) 慢性腎不全	10,000 円	20,000 円
(イ) 血友病	10,000 円	10,000 円
(ウ) 後天性免疫不全症候群	10,000 円	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

同一月に組合員及び被扶養者が支払った自己負担額が 21,000 円を超えるもののみを合算し、高額療養費の計算を行います。

(高齢受給者(70歳以上75歳未満)については、全ての自己負担額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せん。

8 高額介護合算療養費

医療保険、介護保険の両方の自己負担額が著しく高額になる場合、自己負担限度額を設定し、これを超える額を支給します。

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

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、支給されます。

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。

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

(100円未満切り捨て)

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(国や地方自治体の助成:感染症・障害・難病・乳幼児・老人医療など)がある場合、計算が異なることがあります。

※合算される自己負担額が25,000円未満のものを含むとき、25,000円(50,000円)に自己負担額を足して基礎控除額とします。

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

①提出書類

不要。70歳に達する月の翌月初日までに、当共済組合から交付。

②有効期限

- ・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

※一部負担金が自己負担限度額を超えることはありません。

ウ. 限度額適用認定証

①提出書類

限度額適用認定申請書

※申請できる期間は最長で1年間です。

※申請書提出により交付します。すでに支払い済の場合でも交付は可能ですが、窓口精算が可能か医療機関等にご相談の上申請をお願いします。

②有効期限

・証に記載

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又はマイナンバー提供者は同意書

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

②有効期限

期限はありませんが、腎移植などにより、証が使用出来なくなることがあります。

11 福祉医療制度による助成との調整等

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	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
子ども医療費助成事業等（注）	②義務教育就学後も助成対象となった（なっている）とき ※受給資格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 精神障害者医療費助成事業	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。 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。	該当 非該当

（注）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。

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

・所属所の確認は必要ありません。

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。

1.2 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被扶養者には家族療養費を現金給付として支給します。

ア．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

イ．共済組合が療養の給付（現物給付）等をするの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

□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	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 診療報酬領収済明細書 ※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	<input type="checkbox"/> 診療報酬明細書(レセプト) <input type="checkbox"/> 返還分の領収書	
海外の医療機関を受診した場合	<input type="checkbox"/> 診療内容明細書(医科：様式A、歯科：様式C)とその邦訳 <input type="checkbox"/> 領収明細書(医科、歯科共通：様式B)とその邦訳 <input type="checkbox"/> 現地の医療機関から発行された領収書 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医師の意見書 <input type="checkbox"/> 医師の装具装着証明 <input type="checkbox"/> 装具の領収書	靴型装具については、患者が実際に装着する現物であることがわかる写真も必要。
小児弱視等の治療用眼鏡を購入した場合	<input type="checkbox"/> 弱視等治療用眼鏡等作成指示書の写し <input type="checkbox"/> 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。
①そ径部、骨盤部若しくは腋窩部もリンパ節郭清を伴う悪性腫瘍術後に発生する四肢のリンパ浮腫又は原発性の四肢リンパ浮腫治療のための弾性着衣等 ②慢性静脈不全による難治性潰瘍治療のための弾性着衣等 ①もしくは②を購入した場合	<input type="checkbox"/> 医師の弾性着衣等の装着指示書 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 医師の同意書 <input type="checkbox"/> 診療報酬領収済明細書	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、医師による適切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	<input type="checkbox"/> 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。

1.3 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 天災その他やむを得ない事情により、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附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

※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

移送の経路が分かる書類

Ⅲ 出産したとき

(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

408,000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(12,000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)

/産前産後休業掛金等免除申出書

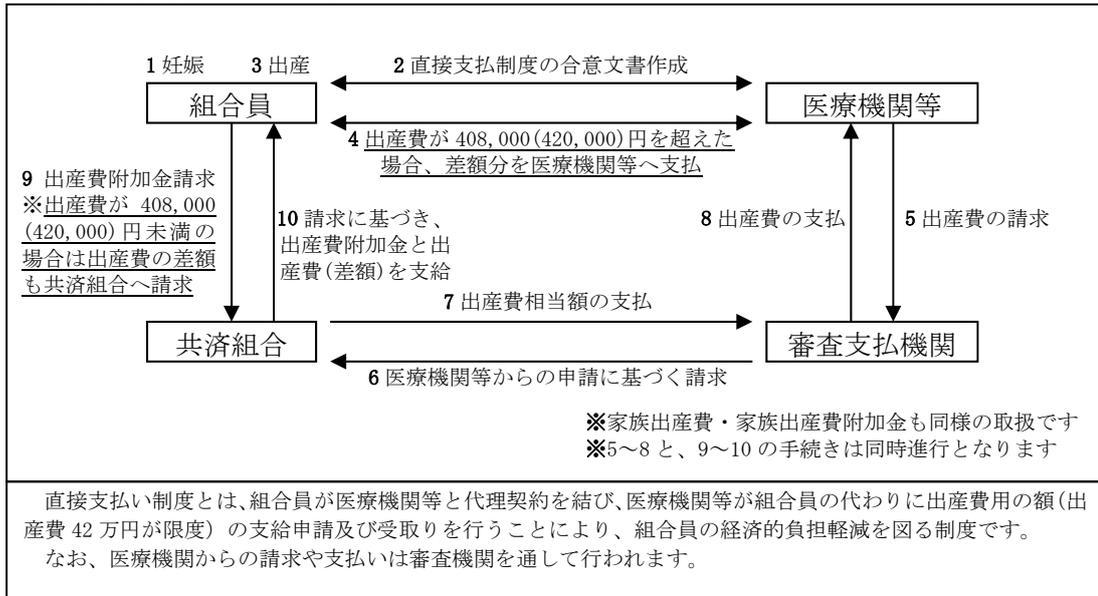
直接支払制度についての意思確認に係る文書の写し

(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〉



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）

/産前産後休業掛金等免除申出書

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）

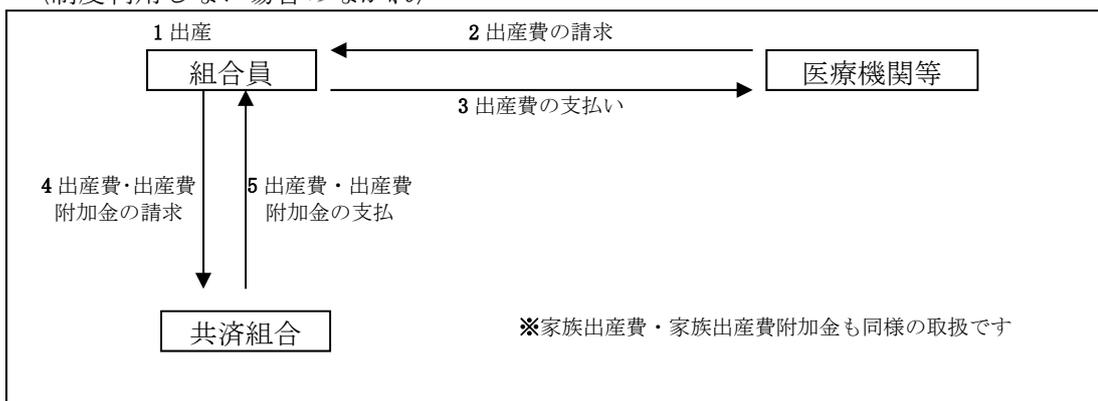
領収書・明細書等の写し

（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

（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）

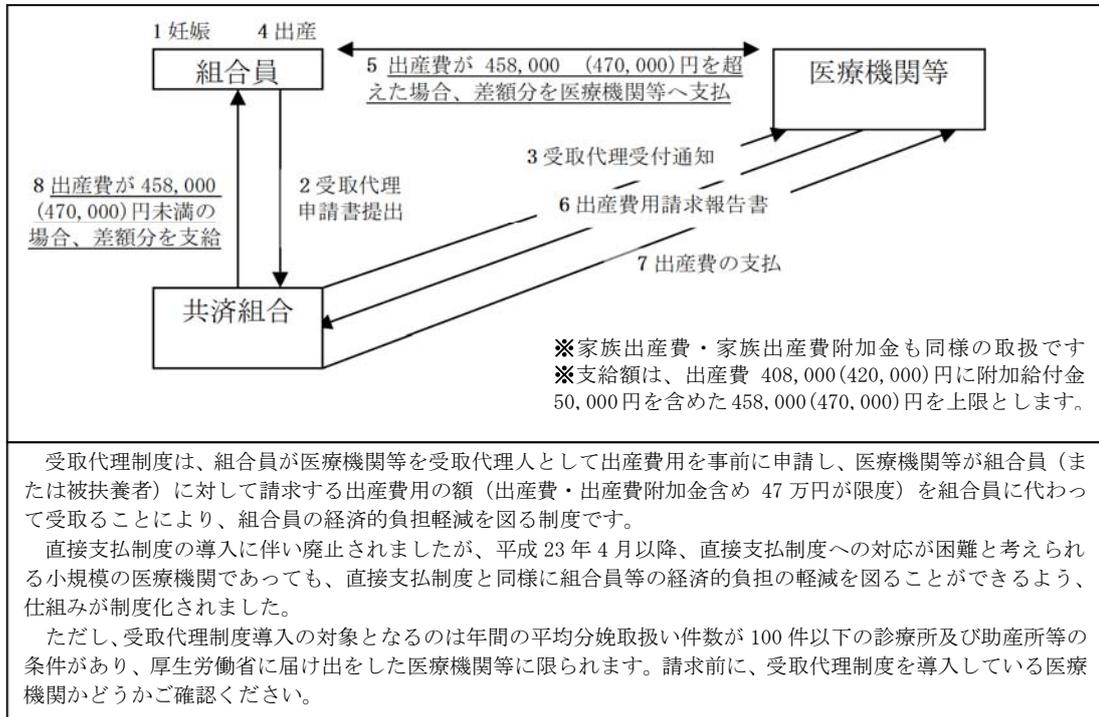
〈制度利用しない場合のながれ〉



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

〈受取代理制度のながれ〉



(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 か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、その埋葬に必要な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（同附加金）請求書

死体埋葬許可証の写し〔マイナンバー提供者は省略可※〕

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（同附加金）請求書

死体埋葬許可証の写し〔マイナンバー提供者は省略可※〕

※マイナンバーを利用した情報連携の開始により、本人確認情報の取得が可能となったため、請求手続の際に提出を義務付けられていた書類について省略することが可能となりました。

（4）資格喪失後の給付

組合員であった者が退職後 3 か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等の資格（国民健康保険除く）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		<ul style="list-style-type: none"> 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		<ul style="list-style-type: none"> 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 (イ) 定期的に音信、訪問が行われていること	<ul style="list-style-type: none"> 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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くなったために、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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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 …特勤手当、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）	<ul style="list-style-type: none"> ・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

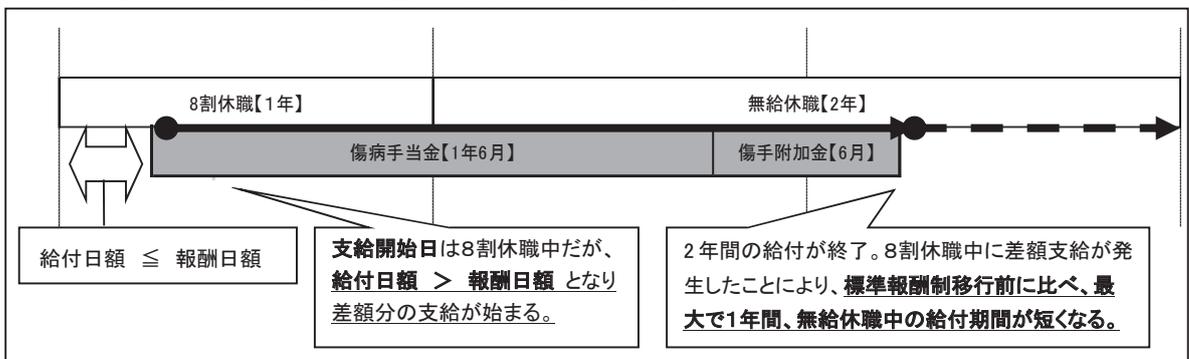
※休業給付の給付対象となる日以外の勤務実績に基づいて翌月以後に支払われるものについては調整の対象となりません。(超過勤務手当、休日給、特殊勤務手当等)

【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

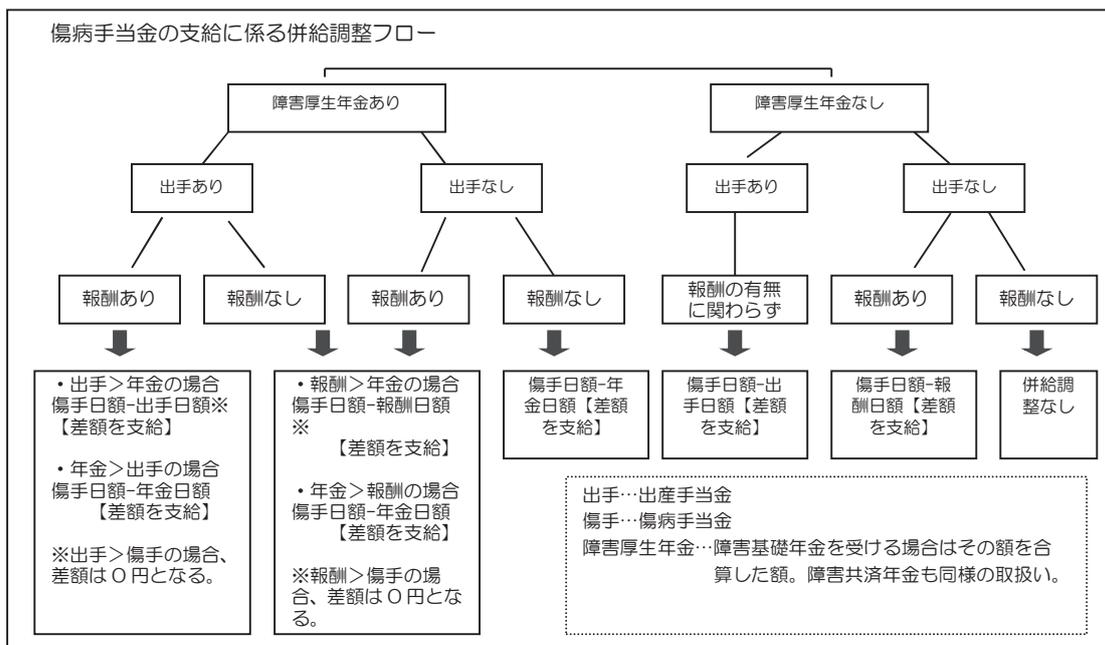
出産手当金を受給する場合、その期間内は傷病手当金の支給はありません。

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(同附加金)請求書
 - 傷病手当金・同附加金請求書 添付書類
 - 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、特勤手当等)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

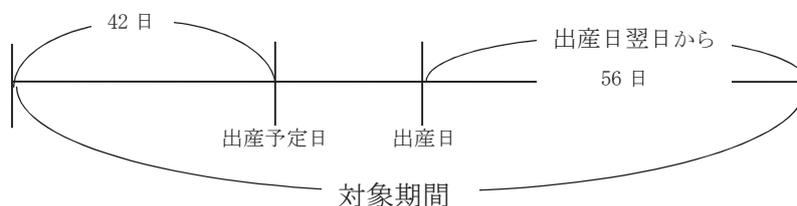
組合員が出産のため勤務に服することができず、報酬を受けることができない場合に支給されます。妊娠4か月以上（正常分娩、異常分娩を問いません）の出産が給付対象となります。

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、特別休暇として報酬が減額されない場合は、出産手当金の給付はありません。

(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。



(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) 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出産手当金が支給されます。

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。

(6) 請求手続 ※請求は経過した月単位ごと

出産手当金請求書（休業給付）

・在職中に請求する場合

出勤簿の写し

給与明細の写し

・資格喪失後に請求する場合

請求時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2歳に達する日まで「1歳超分」・「1歳6か月超分」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67/100（円未満切り捨て）×日数

・181日以降 → 標準報酬の日額の50/100（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。

令和3年8月1日以降は、50/100の場合10,240円、67/100の場合13,722円が上限額です。

(4) 請求手続

育児休業手当金（変更）請求書／育児休業等掛金等免除（変更）申出書

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。

※当該育児休業に係る子が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、上記書類を変更請求書／変更申出書として使用し、それに係る辞令を添付してください。

※請求は育児休業開始月の翌月以降に行ってください。

1歳超分・1歳6か月超分

(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歳の時点と1歳6か月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2歳に達する日まで）

(3) 支給額

休業中支給分と同じ額

(4) 請求手続

1歳超分

- 育児休業手当金（1歳超分）請求書
- 当初からの育児休業に係る辞令の写し（育児休業を延長した場合は延長辞令の写し）
- 手当金支給の延長要件ごとに下記の必要書類

1歳6か月超分

- 育児休業手当金（1歳6か月超分）請求書
- 当初からの育児休業に係る辞令の写し（育児休業を延長した場合は延長辞令の写し）
- 手当金支給の延長要件ごとに下記の必要書類（1歳超え請求時と同様）

【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
（育児休業手当金延長給付添付書類）

保育所申込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（任意様式）の内容については所属所長が確認すること。

※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、2歳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。

ただし、その期間内で延長要件に非該当になることも考えられるため、「保育所入所状況証明書」にて申し込みをした市区町村役場担当者や担当医師に証明をしていただき、ご報告ください。

※1歳に達した日後から1歳6か月に達する日まで延長する要件と1歳6か月に達した日後から2歳に達する日まで延長するときの要件は、下記例のように、それぞれ異なる要件であっても、同じ要件であってもかまいません。

(例1) 1歳～1歳6か月は配偶者の死亡、1歳6か月～2歳は保育所の理由

(例2) 1歳～1歳6か月は保育所の理由、1歳6か月～2歳も保育所の理由

※1歳に達した日後から1歳6か月に達する日まで延長する要件と1歳6か月に達した日後から2歳に達する日後まで延長する要件が同じであったとしても、原則として1歳時点に行う手続きと同様に1歳6か月に達する日後に係る書類を改めて提出していただき、確認した上で支給延長の可否を決定します。

※保育所などへの入所が可能であるにもかかわらず、入所拒否や入所申込みの取り下げをしておき変更届を提出せず、その後も受給していたことが判明した場合は、組合員に対し当該期間の手当金の返還請求を行います。

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2歳に達する日まで最長で支給されます。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時点で延長要件に該当するか判断します。)

◆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(変更)請求書/育児休業等掛金等免除(変更)申出書

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の辞令の写し

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、請求手続

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被扶養者の病気やけが (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 項)	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 項)	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 項)	挙式の日を含む 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けが (法第 70 条第 5 号)	引き続く 14 日のうち 欠勤した日数期間
⑥組合員が出席する高等学校及び大学の通信教育に係る面接授業 (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

出勤簿の写し

勤務しなかった期間に支払われた報酬についての所属機関の長又は

給与事務担当者の証明書、もしくは減額をおこなった月の給与明細書の写し

上記支給事由に該当することがわかる書類(身分関係の確認、事由発生日、診断書等)

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

配偶者（事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む）・父母・子・配偶者の父母
・祖父母・孫・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
父母の配偶者・配偶者の父母の配偶者・子の配偶者・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・年末年始を除いた日）

(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（令和3年8月以降は15,102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.134「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＞

$\frac{(\text{給料月額(本俸)} + \text{減額の対象となる手当}) \times 1 \text{ 日}}{\text{介護休業を取得した月の要勤務日数}}$ <p style="text-align: center;">（勤務1時間あたりの給与額 銭未満切捨て）</p>	×	$\frac{(\text{給料月額(本俸)} + \text{減額の対象となる手当}) \times 12 \text{ 月}}{(7 \text{ 時間 } 45 \text{ 分} \times 5 \text{ 日}) \times 52 \text{ 週}}$ <p style="text-align: center;">－1日当たりの勤務時間数×国民の祝日・年末年始の休日</p> <p style="font-size: small;">※網掛け部分がマイナスとなる場合は0円とする。</p>
$+ \text{減額対象外の手当} \times 1 / 22$ <p style="text-align: right;">（円未満切捨て）</p>		

※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。

(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

介護休業手当金請求書 添付書類

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（介護休業手当金請求書 添付書類に記載した明細 2 月分）

※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まれます。

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

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日までの間におい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 <small>の</small> 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 <small>の</small> 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 <small>の</small> 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 <small>の</small> 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 <small>の</small> 1月分
床上 30cm 以上	標準報酬月額 <small>の</small> 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) 標準報酬月額の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
- 罹災状況報告書〔1〕
- 罹災状況報告書〔2〕
- 罹災証明書（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.149参照）

※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と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
- ② 事故発生状況報告書
- 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
- ⑤ 加害者の自動車損害賠償責任保険等加入状況調書
- ⑥ 確約書
- ⑦ 誓約書
- ⑧ 医師の診断書（写し可）
- ⑨ 加害者との交渉状況報告書
- ⑩ 同意書
- ⑪ 人身事故証明書入手不能理由書（③事故証明書の右下に物件事故と記載されているとき）

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。
- ・転院される時、完治したとき、示談交渉される時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、前頁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.147 の2 (2) ⑨「加害者との交渉状況報告書」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地方公務員災害補償基金（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・相手の自賠償保険/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

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。後日、公務災害に認定された場合は、その旨、医療機関に連絡してください。

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

「公務・通勤災害認定請求書」の写し

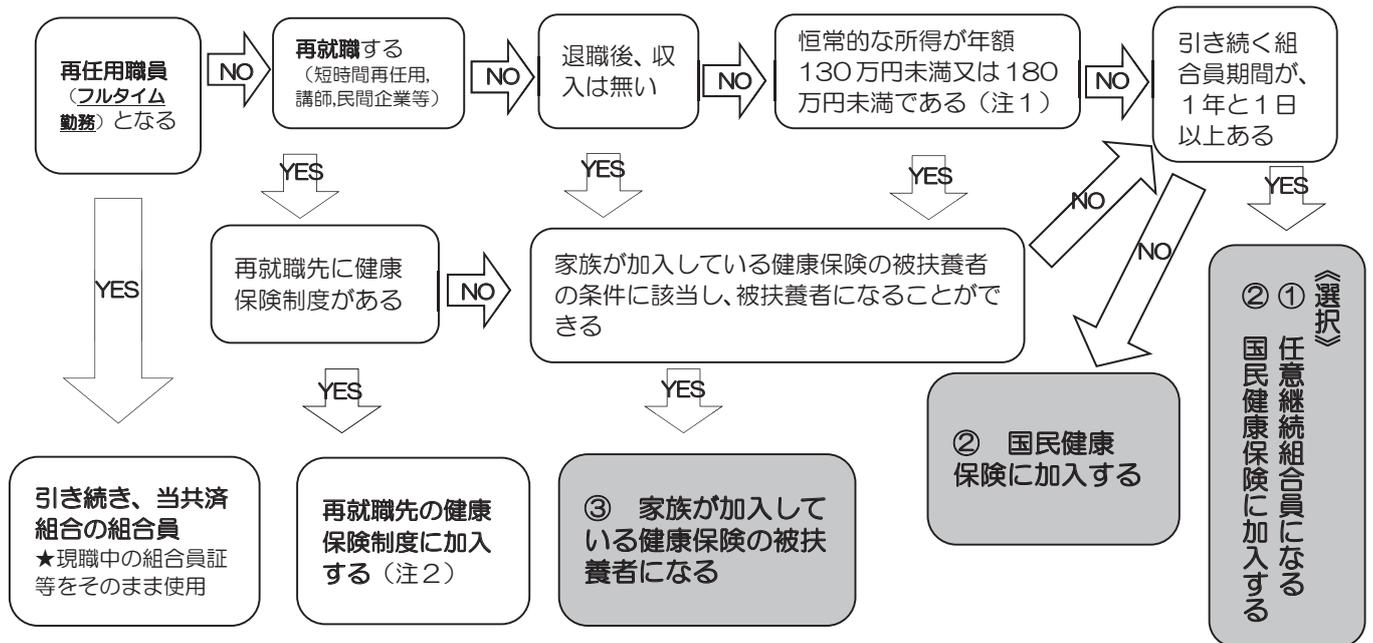
※組合員が地方公務員災害補償基金へ提出する書類

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)等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180万円未満

(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。 ※手続きについてはお住まいの市区町村役場にお問い合わせください。	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)…医療費の2割 (ただし、組合員が70歳以上で現役並所得者とその被扶養者の場合は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

※任意継続組合員であった期間は加入者条件の期間に含まれないため、退職後に再度就職等で任意継続を脱退した場合は期間がリセットされます。

※「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。

例③

令和2年4月1日から令和3年5月31日まで任用があった者が令和3年6月1日より任意継続に加入していたが、令和3年7月1日から再度任用された場合

⇒ 任意継続の資格は再就職した日で喪失することになります。また、任意継続に再度加入する場合は、令和3年7月1日から退職の前日まで引き続き1年以上の組合員期間が再度必要となります。

(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。

② 掛金の納入（払込期日）

退職日より起算して20日以内^に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^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、共済組合から提出を促すことはありません。

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、念のために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（令和 3 年度は 410,000 円）

② 掛金率

短期任意継続掛金 … 84.20/1000（令和 3 年度）

介護任意継続掛金 … 17.80/1000（令和 3 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）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。ただし、一部附加給付は受けることが出来ません。

★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 就職等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	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 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	<ul style="list-style-type: none">・ 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、なお引き続いて勤務に服せないとき

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し、被扶養者がいる場合被扶養者の掛金は不要です。
- ・国民健康保険
前年の所得等から保険料を算出されます。
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りますが、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です。

- ★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国民健康保険の方が安いこともありますので、確認した上でお申し込みください。
- ★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ります。
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。

所属所受付印

任意継続組合員資格取得申出書

組合員証 記号番号	公立奈良		掛金支払方法	1年・半年・か月	
フリガナ			生年月日	年	月 日
氏名			性別	男・女	年齢 歳
住 所 (TEL)	〒□□□-□□□□ TEL (- -)				
	退職後 住 所	〒□□□-□□□□ TEL (- -)		(転居予定日： 月 日)	
退職時の 所属機関	名 称				所属所コード
	所在地				
退職年月日	年	月	日	退職時の 標準報酬の月額	円
採用年月日	年	月	日	組合員期間	年 月
被扶養者欄	続 柄				
	フリガナ				
	名 前				
	生年月日				
	備 考				
短期給付金等 受取口座	銀行		支店	普通	口座NO.
<p>地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定により、任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。</p> <p>公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申出者 氏名 _____</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属所長 職 名 _____</p> <p>氏 名 _____</p>					
<small>地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定による期限(退職日から20日以内)を経過した後に申出書を提出する場合は、遅滞した事由を提出してください。</small>			<small>※</small> 資格喪失日 年 月 日		<small>※</small> 証返納日 年 月 日

記入例

希望する掛金の支払方法（基本は1年か半年かのどちらか）を○で囲んでください。
 1年…1年前納
 半年…半年前納
 〃か月…再就職が決まっている等で6か月未満の加入の場合のみ加入月数を記入

退職日付の所属所受付印を押印してください。
 押印がない場合は受付できませんのでご注意ください！

奈良山小学校

03.03.31

所属所受付印

受付

任意継続組合員資格取得申出書

住所は、郵便番号を含み正確に記入。
 電話番号の記入をお忘れなく!!
 (携帯でも可)

退職後、転居される方は転居先と電話番号を記入。
 転居時期も記載。

現職中に認定されていた方を退職後も引き続き被扶養者とされる場合、その方を記入。

新規認定は記入せず、担当までご連絡ください。

組合員証記号番号	公立奈良 70000	掛金支払方法	○1年・半年・か月			
フリガナ	ナラ イチロウ	生年月日	昭和 35 年 7 月 7 日			
氏名	奈良 一郎	性別	○男・女	年齢	60 歳	
住所	〒 630-0001	TEL	(0742 - 77 -XXXX)			
	奈良市登大路町3丁目〇〇番地					
退職時の所属機関	退職後住所	〒 543-00XX	TEL	(06 - 5555 -XXXX)		
	名称	大阪市天王寺区XX1-111-101	(転居予定日: 7月1日)			
退職年月日	令和 3 年 3 月 31 日	退職時の標準報酬月額				
	採用年月日	昭和 59 年 4 月 1 日	組合員期間	年 月		
被扶養者欄	続柄	妻	二男	長男		
	フリガナ	ナラ ハナコ	ナラ ジロウ	ナラ イッペイ		
	名前	奈良 花子	奈良 二郎	奈良 一平		
	生年月日	昭和40年5月5日	平成9年8月1日	平成7年9月9日		
備考		別居	取消			
短期給付金等受取口座	南都	銀行	◇◇	支店	普通 口座NO. 0123456	
地方公務員等共済組合法第144条の2第1項の規定により、任意継続組合員となることを希望するので申し出ます。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 3 年 3 月 31 日 退職日を記入。 申出者 氏名 奈良 一郎						
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 3 年 3 月 31 日 所属所長 職名 奈良市立奈良山小学校長 氏名 福利 公男						
地方公務員等共済組合法第144条の2の第1項の規定による期限(退職日から20日以内)を経過した後に申出書を			※資格喪失日	年 月 日	※証返納日	年 月 日

わからない場合は空白。

右端に、任意継続加入と同時に取り消す被扶養者をえんぴつで記入。

先頭の0がある場合は、0を含めた7桁を記入。

ゆうちょ銀行を指定する場合、銀行から振込み可能な支店(漢数字3つ)・口座番号を記入。

第8章 提出書類の様式等 (給付関係)

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	公立奈良
療養者氏名 (生年月日/続柄)	(年 月 日/続柄 :)				認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 年 月 日
傷病名					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	円				請求金額	円
初診年月日	年 月 日				療養期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()				療養日数	日
医療機関名 及び所在地						
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 (不携帯・交付申請中)		3. はり・きゅう、 あんま・マッサージなどの 治療	4. その他 ()
<p>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</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組合員 氏名 _____ (電話番号: _____)</p>						
所属所名 (電話)	()					
所属所受付印欄	※共済記入欄					
	診療金額		法定給付		高額療養費	
						決定額
						円

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
 - ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書（別紙様式）またはレセプト原本
 - 領収書原本
- △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

医療機関等で療養を受けたとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員の療養・・・療養費
 被扶養者の療養・・・家族療養費

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	公立奈良 XXXX	被扶養者の場合、認定日を記入
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 太郎 (昭和44年4月4日/続柄:本人)			認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 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		
初診年月日	令和3年4月1日			療養期間	令和3年6月1日 から 令和3年6月30日 まで		
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()			療養日数	1 日		
医療機関名 及び所在地	〇〇県〇〇郡〇〇町 雪山診療所						
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 不携帯 ・ 交付申請中)		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 令和3年7月2日 組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-22-XXXX)							
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)						
所属所受付印欄	※共済記入欄						
受付 03.07.05 奈良野小学校	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等			
					決定額		
					円		

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
- ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
 - △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

治療用装具を装着したとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

組合員の療養・・・療養費
被扶養者の療養・・・家族療養費

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等 記号・番号	×××	公立奈良 被扶養者の場合、認定日を記入
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 次郎 (平成17年 5月 19日/続柄: 長男)			認定年月日 <small>※家族療養費のみ</small>	※ 平成17年 5月 19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		
療養に要した費用	10,000 円			請求金額	7,000 円		
初診年月日	令和3年 6月 15日			療養期間	令和3年 6月 15日 から 年 月 日 まで		
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()			装具購入日 を記入	記入不要 日		
医療機関名 及び所在地	○○市○○町 ○○整形外科						
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 (不携帯・交付申請中)		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							
令和 3年 7月 2日							
組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-22-XXXX)							
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)						
所属所受付印欄	※共済記入欄						
<div style="border: 2px solid #e91e63; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> 受付 03.07.05 奈良野小学校 </div>	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等			
	決定額						
	円						

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用装具購入
 - 医師の意見書及び装具装着証明書
 - 領収書
- ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・はり、きゅう等の理由で10割負担
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
 - △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

記入例：はり・きゅう、あんま・マッサージなどの治療を受けたとき

- 療養費請求書
 家族療養費請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員の療養 …療養費
 被扶養者の療養…家族療養費

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。

被扶養者の場合、認定日を記入

診療区分	入院	外来	歯科	その他	組合員証等	公立奈良	XXXXXXXX
療養者氏名 (生年月日/続柄)	公立 太郎 (昭和44 年 4 月 4 日/続柄 本人)			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			
初診年月日	令和3 年 6 月 15 日		療養期間	令和3 年 6 月 1 日から 令和3 年 6 月 30 日まで			
区分	1. 保険医療機関 2. 保険薬局 3. その他 ()		療養日数	1 日			
医療機関名 及び所在地	〇〇市〇〇町 〇〇鍼灸院						
組合員証を使用し なかった理由	1. 治療用器具購入		2. 組合員証 (不携帯・交付申請中)		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 令和 3 年 7 月 2 日 組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-22-XXXX)							
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)						
所属所受付印欄	※共済記入欄						
	診療金額	法定給付	高額療養費	一部負担金払戻金等			
受付 03.07.05 奈良野小学校							決定額
							円

【この請求書を提出するとき、次の理由ごとに添付書類が必要です。】

- ・組合員証を使用しなかった理由1：治療用器具購入
 - 医師の意見書及び器具装着証明書
 - 領収書
 - ・組合員証を使用しなかった理由2～4：組合員証不携帯・交付申請中・**はり、きゅう等の理由で10割負担**
 - 診療報酬領収済明細書(別紙様式)またはレセプト原本
 - 領収書原本
- △添付書類が日本語で作成されていない場合は、日本語訳を添えてください。

医師の同意書を添付してください

(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 公立奈良	番号	保険者番号 34290015	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	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				
①	年 月 日	年 月 日	日	年 月 日	治癒	繰越	死亡	転医	中止
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 調・処	× 単位 回	点					
	頓服	薬剤 調・処	× 単位 回	点					
	外用	薬剤 調・処	× 単位 回	点					
注射料	(皮) (筋)		回	点					
	(静) (動)		回	点					
	の別を記入		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	枚	点	1点単価	円	薬剤一部 負担金額	円		
その他			点	食 事	基準	円 ×	日間		
			点		円 ×	日間			
			点		円 ×	日間			
入 院	入院年月日	年 月 日							
	院 診 衣	入院料							
		×	日間	点					
		×	日間	点					
		×	日間	点					
	入院時医学管理料								
	×	日間	点						
	×	日間	点						
	×	日間	点						
特定入院料・その他									
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			

- 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。
- この明細書は、1か月ごとに記入してください。

記入例

(入院・外来) 令和 3 年 6 月分 診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号 123456	保険者番号 34290015	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	公立 太郎 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							
① インフルエンザ	令和3年 6月 15日	令和3年 6月 15日	1 日	年 月 日	治療	繰越	死亡	転医	中止			
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	270 点			・シメトレ錠 50 mg 錠 7 × 4 ・ニボラジン錠 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							
	再診	点										
	在宅	点										
投薬料	内服 { 薬剤調・処	8 単位	48 点									
		9 × 1 回	9 点									
	頓服 { 薬剤調・処	8 単位	16 点									
		× 回	点									
注射料	外用 { 薬剤調・処	× 回	点									
	(皮) (筋)	回	点									
	(静) (動)	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	枚	点	1点単価 10 円	薬剤一部負担金額	円						
その他			42 点	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	点									
		× 日間	点									
		× 日間	点									
特定入院料・その他			入院時医学管理料									
			× 日間	点	合計							
			× 日間	点	給付の	請求	負担金額					
			× 日間	点	食事療養	請求	標準負担額					
			× 日間	点		日	円	円				

領収済額 **6,690** 円

上記のとおり領収しました。

公立 太郎 様

令和 3 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

印

- 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。
- この明細書は、1か月ごとに記入してください。

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 公立奈良	番号	保険者番号 34290015	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 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			経過及び 診療事実 に関する 理由				
診察料	初 診	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 日分						
	普 通 処 置	回 日分						
	複 根 管	回 日分						
	抜 髓	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	珪	燐			歯 日分		
	金合金	ポスト	複雑かどうか			歯 日分		
インレー料	銀 合 金					歯 日分		
	義 歯					歯 日分		
補てつ料	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	リング ルバー	特殊鋼			不銹鋼		歯 日分
	歯冠性続歯	14K	レジン			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				
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。

記入例

令和 3 年 6 月分 診療報酬領収済明細書(歯科)

組合員証 記号番号	記号 公立奈良	番号 123456	保険者番号 34290015	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	公立 木郎 奈良市登大路町 999-9			公務 上 公務外
療養者 住所・氏名	上記と同じ			
部位及び 傷病名	7	7	昭和 35 年 7 月 1 日生	
初診	平成30年 6月 15日	当月開始	令和3年 6月 16日	診療日数 1日
診 療 内 容				摘 要
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 外用薬	剤投与 回	日分 日分	
注射料	皮 下 筋 肉 静 脈 内	回 回	日分 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 本 充	歯	日分	
充填料	ア マ ル ガ ム	歯	日分	
	セメント 珪 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 ルパー リンガ ルパー 特殊鋼 不銹鋼	歯	日分	
	歯冠性続歯 14K レジン 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	
レントゲン料 その他			日分	
合 計			444 点	
領収済額			4,440 円	
上記のとおり領収しました。				初診の日の診療に要した額 円
公立 木郎 様 令和 3 年 6 月 16 日				入院の初日 年 月 日
医療機関の所在地及び名称 ○○市○○町 ○○歯科医院				薬剤負担 円

※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。

年 月分 診療報酬明細書(はり・きゅう)

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	円	自 月 日 至 月 日
その他		円	施術日 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 (○を付ける) 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31			
		円	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 住所 はり・きゅう師 整復師 氏名 (印)			

- ※ 「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。

記入例

令和 3 年 6 月分 診療報酬明細書(はり・きゅう)

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	公立 太郎 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	令和 3 年 6 月 1 日		施術終了 年月日	令和 3 年 6 月 30 日									
転帰	治癒	中止	継続中										
施術の種類	回数	1回の料金	加算料金		施術を行った時期								
初検料		円	深夜 時間外	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			
	きゅう	円			円	至	6	月	30	日			
	二重併用	5			1,520	円	円	自	月	日	至	月	日
	マッサージ				円	局所	温あん料有無	円	自	月	日	至	月
		円											
その他			施術日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 (○を付ける) 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31								
			領収 済額	7,600	円	一部負担金	2,242	円					

上記のとおり領収しました。

公立 太郎 様

令和 3 年 6 月 30 日

マッサージ 住所 ○○市○○町

はり・きゅう師 氏名 ○○鍼灸院 印

整復師

- ※ 「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 _____

⑩

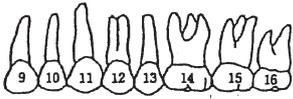
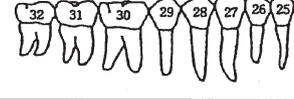
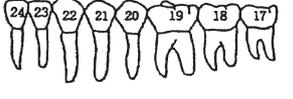
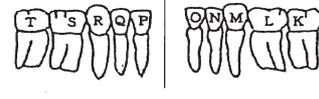
電話 _____

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
(Upper) (RIGHT) 		(RIGHT) 
(Lower) (RIGHT) 	(LEFT) 	(LEFT) 

Type of Treatment 治療の分類

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

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

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

Address Home(自宅) _____ Phone(電話) _____

Office(病院または診療所) _____ Phone _____

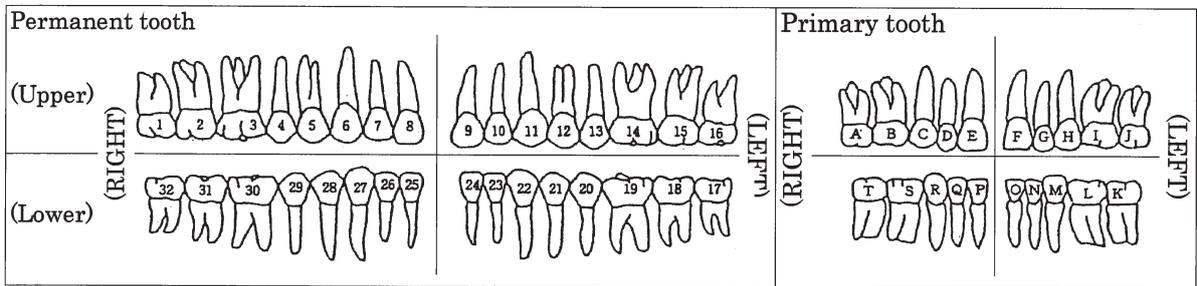
Date(日付) _____

Signature(署名) _____
Attending Physician(担当医)

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式C 邦訳



治療の分類

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

翻訳者

住所

氏名

印

電話

Request to Attending Physician
担当医へのお願い

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

Itemized Receipt
領収明細書

Form B

様式B

(1) Fee for Initial Office Visit	初 診	料 \$	
(2) Fee for Follow-up Office Visit	再 診	料 \$	
(3) Fee for Home Visit	往 診	料 \$	
(4) Fee for Hospital Visit	入 院 管 理	料 \$	
(5) Hospitalization	入 院	費 \$	
(6) Consultation	診 察	費 \$	
(7) Operation	手 術	費 \$	
(8) Professional Nursing	職 業 看 護 師	費 \$	
(9) X-Ray Examinations	X 線 検 査	費 \$	
(10) Laboratory Tests*	諸 検 査	費	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(11) Medicines**	医 薬	費	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(12) Surgical Dressing	包 帯	費 \$	
(13) Anesthetics	麻 酔	費 \$	
(14) Operating room Charge	手 術 室 費 用	\$	
(15) The Others(Specify)	そ の 他 (特 記 せ よ)		
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
(16) Total	合 計	\$	Unit is _____ 通貨単位

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

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

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

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

Reference Number of your Medical Record(if applicable)

診療録の番号 _____

様式B 邦訳

(10) 諸検査費の内訳(諸検査の内容)

(11) 医薬費の内訳(薬の名称、量)

(15) 特記事項

翻訳者

住所

氏名

⑩

電話

調査に関わる同意書 Agreement of Authorization

署名 Signature

- 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。

署名は、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) _____
- (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.

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.

- 移送費請求書
 家族移送費請求書

※提出項目にチェックしてください。

移送者氏名		組合員証等 記号・番号		公立奈良	
生年月日 続柄/性別		生年月日： 年 月 日 (続柄：) (性別：)		※ 年 月 日	
移送に要した費用		円		請求金額 円	
付添人氏名			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)		診療開始日 (主病) 年 月 日
			2. 公務 (通勤) 災害 (申請中)		入院期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
	3. その他				
	傷病名				
移送	移送の区間	自	移送の方法 及び年月日	(年 月 日)	
		至			
	移送を必要とする理由				
上記の理由により移送を必要とする。 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 組合員 氏名 _____ (電話番号： _____)					
所属所名 (電話)		(_____)			
所属所受付印欄		決定額 ※共済記入欄			
		円			

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

領収書
 移送の経路が分かる書類

組合員の移送 ……移送費
被扶養者の移送……家族移送費

記入例

- 移送費請求書
 家族移送費請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
その番号も記入してください。

移送者氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 XXXXXXXX
生年月日 続柄/性別	生年月日：昭和44年 4 月 4 日 (続柄： 本人) (性別： 男)	認定年月日 ※家族療養費のみ	※ 年 月 日
移送に要した費用	7,000 円	請求 被扶養者の場合、認定日を記入	円
付添人氏名		付添人住所	
傷病の原因	1. 第三者加害 (原則加害者負担)	診療開始日 (主病)	令和3 年 6 月 20 日
	2. 公務 (通勤) 災害 (申請中)	入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
3. その他			
傷病名	眼球打撲		
医師の意見	移送の区間	自 ○○郡○○村診療所 至 ○○病院	移送の方法 及び年月日 ○○村診療所救急車使用 (有料) (令和3年 6 月 20 日)
	移送を必要とする理由	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。 令和3 年 6 月 20 日			
		医療機関名	○○市立○○町 ○○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 令和3 年 7 月 2 日 組合員 氏名 公立 太郎 (電話番号： 0742-22-XXXX)			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742 - 00 - 0000)		
所属所受付印欄	決定額	※共済記入欄	
受付 03.07.05 奈良野小学校	円		

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 領収書
 移送の経路が分かる書類

- 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
 産前産後休業掛金等免除申出書

※提出項目にチェックしてください。

直接支払制度 利用有無	有 ・ 無	組合員証等 記号・番号	公立奈良
出産者氏名 (生年月日/続柄)	(年 月 日/続柄 :)	退職組合員の出産 のとき退職日 ----- 家族の出産のとき 被扶養者認定日	(注) 年 月 日
出産種別 出産日 (出産予定日)	単胎 ・ 多胎 (人) 令和 年 月 日 (令和 年 月 日)	出産児氏名	①氏名: _____ 続柄: _____ ②氏名: _____ 続柄: _____
出産費 請求金額	円	附加金 請求金額	50,000 × 出産人数 円
直接支払制度 を利用しない 場合のみ 医師または助産師 の証明	(出産日) 年 月 日 (出産者名) _____ 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。 医療機関名 _____ 証明者 _____ 医師氏名 _____ ④		
組合員の出産 の場合のみ記入	出産に伴う 特別休暇期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
	産前産後休業の 期間 (掛金等免除期間)	開始日	令和 年 月 日 <small>○予定日より早く生まれた場合 出産日含み42日前を記入。ただし、42日前が特別休暇 取得日以前となる場合は、特別休暇取得日を記入。 ○予定日どおり又は予定日より遅く生まれた場合 出産予定日より42日前を記入。</small>
		終了日	令和 年 月 日 <small>出産日翌日から56日後を記入。 ただし、その日が特別休暇終了日を越える場合は、 特別休暇終了日を記入。</small>
	育児休業 取得予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
上記のとおり、出産費等を請求します。 また、自身の出産のとき産前産後休業に係る掛金等免除を申し出ます。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 氏名 _____ (電話番号: _____)			
所属所名 (電話)	(_____)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日	年 月 日	

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- | | | |
|--|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 「特別休暇申請書」のコピー等 (休暇の取得及び期間の確認)
<input type="checkbox"/> 「母子手帳」のコピー等 (出産 (予定) 日及び出産人数の確認)
<input type="checkbox"/> 直接支払制度についての意思確認に係る文書のコピー
<input type="checkbox"/> 領収書・明細書等の写し
△ 直接支払制度を利用しないとき、この請求書に医師等の証明が必要 | } | 組合員の出産の場合のみ必要 |
|--|---|---------------|
- (注) 家族の出産のとき、被扶養者認定日から6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合は、
『共済事務のてびき』を参照し、必要に応じて「受給権放棄申出書」を添付してください。

記入例：組合員の出産、直接支払制度利用のとき

- 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
- 産前産後休業掛金等免除申出書

※提出項目にチェックしてください。

直接支払制度 利用有無	有		組合員証に枝番の記載がある場合、 その番号も記入してください。 [××××××-××]	公立奈良 ××××
出産者氏名 (生年月日/続柄)	公立 学子 (平成5年5月5日/続柄：本人)		退職組合員 のとき退職日 家族の出産のとき 被扶養者認定日	(注) 年
出産種別 出産日 (出産予定日)	単胎・多胎(人) 令和3年6月1日 (令和3年6月6日)	出産児氏名	①氏名：公立学 続柄：長男 ②氏名： 続柄：	
出産費 請求金額	0 円		附加金 請求金額	50,000 × 出産人数 円 50,000 円
<p>直接支払制度利用の場合、 出産にかかった費用が42万円以上のとき0円、 42万円未満であれば差額を記入してください。 多胎のときは、[42万円×出産人数 - 費用]</p>				
組合員の 出産の 場合のみ 記入	出産に伴う 特別休暇期間	令和3年4月12日から令和3年8月1日		
	産前産後休業の 期間 (掛金等免除期間)	開始日	令和3年4月21日	<input type="checkbox"/> 予定日より早く生まれた場合 <input checked="" type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 予定 <input type="checkbox"/> 特別
	終了日	令和3年7月27日	出産に伴う特別休暇が出産前6週出産後8週で あれば、同期間になりますが、16週取得でき るような場合は、期間が異なります。	
育児休業 取得予定期間	令和3年8月2日から令和5年3月31日			
あくまで予定での記入です。 未定の場合は、必ず取得す る期間を記入してください。				
殿 令和3年7月1日 記入日 組合員 氏名 公立 学子 (電話番号： 090-9999-9999)				
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742 - 00 - 0000)			
所属所受付印欄	所属所長確認欄			
受付 03.07.02 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。			
	確認日 令和3年7月2日			

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 「特別休暇申請書」のコピー等 (休暇の取得及び期間の確認)
 - 「母子手帳」のコピー等 (出産 (予定) 日及び出産人数の確認)
 - 直接支払制度についての意思確認に係る文書のコピー
 - 領収書・明細書等の写し
- △ 直接支払制度を利用しないとき、この請求書に医師等の証明が必要

(注) 家族の出産のとき、被扶養者認定日から6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合は、『共済事務のてびき』を参照し、必要に応じて「受給権放棄申出書」を添付してください。

記入例：家族の出産、直接支払制度利用しないとき

- 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
- 産前産後休業掛金等免除申出書

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。
[××××××-×××]

直接支払制度利用有無	直接支払制度を利用しない場合、 [42万円(例外あり) × 出産人数]	組合員証等号・番号	公立奈良 ××××××
出産者氏名 (生年月日・続柄)	妻乃 平成5年5月 日/続柄：妻)	退職組合員の出産のとき退職日 家族の出産のとき被扶養者認定日	(注) 令和3年4月
出産種別 出産日 (出産予定日)	単胎・多胎(人) 令和3年9月9日 (令和3年9月11日)	出産児氏名	①氏名：妻乃 太郎 続柄：長男 ②氏名： 続柄：
出産費請求金額	420,000 円	附加金請求金額	50,000 × 出産人数 円 50,000 円

[子]ではなく、“長男”“長女”のように記入してください。

直接支払制度を利用しない場合のみ

(出産日) 令和3年9月11日 (出産者名) 妻乃 花子 は、
 出産(単胎・多胎(人)・死産・流産(単胎・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。

医師または助産師の証明 証明者 医療機関名 奈良野助産院 医師氏名 森川 千春

医師または助産師の証明が必要です。

組合員の出産の場合のみ記入	出産に伴う特別休暇期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
	産前産後休業の期間 (掛金等免除期間)	開始日	令和 年 月 日
		終了日	令和 年 月 日
育児休業取得予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		

記入不要

上記のとおり、出産費等を請求します。
また、自身の出産のとき産前産後休業に係る掛金等免除を申し出ます。

記入日

令和3年9月18日

公立学校共済組合奈良支部長 殿

組合員 氏名 妻乃 夫
(電話番号： 090-9999-9999)

所属所名(電話) 奈良野小学校 (0742-00-0000)

所属所受付印欄 所属所長確認欄

<div style="border: 2px solid #e91e63; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;"> <p style="margin: 0;">受付</p> <p style="margin: 0; font-size: 1.2em;">03.09.18</p> <p style="margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 令和3年9月18日
--	---

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 「特別休暇申請書」のコピー等(休暇の取得及び期間の確認)
- 「母子手帳」のコピー等(出産(予定)日及び出産人数の確認)
- 直接支払制度についての意思確認に係る文書のコピー
- 領収書・明細書等の写し

△ 直接支払制度を利用しないとき、この請求書に医師等の証明が必要
 (注) 家族の出産のとき、被扶養者認定日から6か月以内の出産で直接支払制度を利用しない場合は、『共済事務のてびき』を参照し、必要に応じて「受給権放棄申出書」を添付してください。

被保険者期間が1年以上ある妻が直接支払制度を利用せず認定日から6か月以内に出産したというような場合に必要。

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

記入例

受給権放棄申出書

令和3年 9月17日

現住所 奈良市登大路町999-9

被保険者氏名 妻野 花子

私は、令和3年 9月11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 びせけ
- (2) 被保険者氏名 妻野 花子
- (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 **令和3年1月1日**取得、**令和3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)

令和3年 9月17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。

令和3年 9月17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

記入例：受取代理制度を利用するとき

受取代理事前申請書

- 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

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
その番号も記入してください。
[××××××-××]

組合員氏名 (請求者)	公立 学子	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
出産者氏名 (生年月日/続柄)	公立 学子 (平成 5 年 5 月 5 日 / 続柄 本人)	退職組合員の出産 のとき退職日	年 月 日
妊娠胎児数	単胎 ・多胎(人)	被扶養者の場合、認定日を記入	〇〇病院
出産予定日	令和 3 年 6 月 15 日	所在地:	奈良市登大路町
※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 公立 学子)は、医療機関等である乙(〇〇病院)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。		
	年 月 日	甲(組合員) 住所 奈良市登大路町〇〇〇-1	
		氏名	公立 学子
	乙(代理人)	住所	奈良市登大路町×××-999
		医療機関名	〇〇病院
		代表者氏名	勝 海舟
		電話番号	0742-11-××××
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
〇〇銀行 0 1 2 3	●●支店 4 5 6	普通 7 8 9 0 1 2 3	口座名義(カタカナで記入) 〇〇ビワイイ 〇〇カワイユ
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		〒 630-8213	
令和 3 年 7 月 2 日		住所 奈良市登大路町〇〇〇-1	
		職名・氏名 教諭 公立 学子	
(電話番号: 0742-22-××××)			
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> 受付 03.07.05 奈良野小学校 </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 令和3年7月5日	決定額	附加金決定額
		医療機関決定額	

- 埋葬料（同附加金）請求書
 家族埋葬料（同附加金）請求書

※提出項目にチェックしてください。

死亡者氏名 (生年月日)	(年 月 日)	組合員証等 記号・番号	公立奈良		
性別・続柄	男 ・ 女 続柄 ()	認定年月日 ※家族埋葬料のみ	_____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 3、その他	死亡年月日	_____年 _____月 _____日		
		埋葬した日	_____年 _____月 _____日		
請求金額	円	死亡の場所			
傷病名等					
埋葬料及び同附加金の振込口座（組合員本人死亡時のみ記入）					
金融機関名（コード）		支店名（コード）		種別	口座番号
				普通	
<p>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</p> <p>令和 _____年 _____月 _____日</p> <p>請求者 氏名 _____ (電話番号： _____)</p> <p>住所（組合員死亡時のみ記入） 〒 _____ 住所 _____</p>					
所属所名（電話）	(_____)				
所属所受付印欄	※共済記入欄				
	決定額	附加金決定額			
	円	円			
<p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村長発行の埋葬（火葬）許可証の写し（または死亡診断書等）</p> <p><input type="checkbox"/> 埋葬に要した費用に関する書類（領収書原本等）</p> <p>※組合員の死亡で共済組合に認定されている被扶養者以外が埋葬料を請求する場合にのみ必要。</p>					

組合員の死亡の場合・・・埋葬料
 被扶養者の死亡の場合・・・家族埋葬料
 ※資格喪失後は附加金の支給はありません。

記入例

- 埋葬料（同附加金）請求書
 家族埋葬料（同附加金）請求書

※提出項目にチェックしてください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。
 [××××××-××]

死亡者氏名 (生年月日)	公立 太郎 (昭和44年 4 月 4 日)		組合員証等 記号・番号	公立奈良 XXXXXXXX	
性別・続柄	男・女 続柄(本人)		認定年月日 ※家族埋葬料のみ	____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 3、その他		死亡年月日	令和3年 6 月 20 日	
	埋葬料・附加金の 合計額を記入		埋葬した日	令和3年 6 月 23 日	
請求金額	____円		死亡の場所	〇〇病院	
傷病名等	心筋梗塞				
埋葬料及び同附加金の振込口座(組合員本人死亡時のみ記入)					
金融機関名(コード)		支店名(コード)		種別	口座番号
〇〇銀行 0 1 2 3		〇〇支店 4 5 6		普通 7 8 9 0	1 2 3
口座名義(カタカナで記入) コウリツ ガクコ					
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					
令和 3 年 7 月 2 日					
請求者 氏名			公立 学子		
(電話番号: 0742-27-XXXX)					
住所(組合員死亡時のみ記入) 〒 639-△△△△ 奈良県奈良市登大路町〇〇					
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)				
所属所受付印欄	※共済記入欄				
	決定額	附加金決定額			
受付 03.07.02 奈良野小学校	円	円			

埋葬料の請求は被扶養者が行います。
 ※被扶養者がいない場合、実際に
 埋葬を行った者が請求者となります。

請求者の口座を必ず記入

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】
 市町村長発行の埋葬(火葬)許可証の写し(または死亡診断書等)
 埋葬に要した費用に関する書類(領収書原本等)
 ※組合員の死亡で共済組合に認定されている被扶養者以外が埋葬料
 を請求する場合にのみ必要。

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

年 月 日

組合員番号		組合員氏名		生年月日	年 月 日
旧所属コード		旧所属所名		死亡年月日	年 月 日
フリガナ				組合員との続柄	
請求者氏名					
請求者住所	〒 -			請求者の生年月日	年 月 日
	TEL ()				
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
					普通
口座番号					

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

年 月 日

住所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏名 _____ 生年月日 _____ 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
- 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

令和 3 年 8 月 18 日

公立学校共済組合奈良支部長 殿

組合員証番号	××××××	組合員氏名	公立 太郎	生年月日	昭和 35 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	令和 3 年 7 月 30 日	
フリガナ	コケイツ ガクイチ			組合員との続柄	長男	
請求者氏名	公立 学一					
請求者住所	〒 630 - 1021 奈良市登大路町999-9			請求者の生年月日	昭和 63 年 8 月 31 日	
	TEL 0742(22) ××××					
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
	〇〇銀行	9 9 9 9	〇〇支店	9 9 9	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

令和 3 年 8 月 18 日

住 所 同上 組合員との続柄 (長女)

氏 名 公立 おと 生年月日 平成 7 年 12 月 19 日

住 所 同上 組合員との続柄 (二男)

氏 名 公立 学二 生年月日 平成 8 年 8 月 26 日

住 所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____ 組合員との続柄 (_____)

氏 名 _____ 生年月日 _____ 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
- 請求者名義の通帳 (振込先) の写し

- 傷病手当金請求書
 傷病手当金附加金請求書

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良		
生年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日		
		退職年月日	年 月 日		
勤務出来なくなった 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 傷病手当金・同附加金請求書添付書類		
年金等の請求 又は受給状況 (いずれかに○)	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			※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。	
	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予定です				
	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。				
	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 住所 組合員 職名・氏名 _____ (電話番号: _____)					
所属所名(電話)	()				
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄			
		決定額	控除額	支給額	
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 年 月 日	円	円	円	

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 傷病手当金・同附加金請求書 添付書類
 休職中の場合 休職辞令の写し 診断書の写し 出勤簿の写し
 初回請求時のみ 特休中と8割休職時の給与明細の写し 試算シート
 報酬を受けている場合 報酬支給証明額 請求月の給与明細書の写し

記入例

- 傷病手当金請求書
 傷病手当金附加金請求書

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
 その番号も記入してください。

[××××××-×××]

組合員氏名	公立 太郎		記号・番号	公立奈良 ××××××	
生年月日	昭和 44 年 4 月 4 日		得日	____年 ____月 ____日	
勤務出来なくなった 最初の日	令和 元 年 11 月 1 日		請求期間	令和 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで	
	第 23 等級 410,000 円		医師の証明	別紙のとおり 傷病手当金・同附加金請求書添付書類	
年金等の請求 又は受給状況 (いずれかに○)	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			※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。	
	○ 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予定です				
	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。				
	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	年金を受給している場合は ご記入ください。	____年 ____月 ____日	
障害一時金	円		____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					
令和 3 年 7 月 4 日			〒 639-△△△△	住所 奈良県奈良市登大路町○○	
組合員			職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-27-××××)		
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)				
所属所受付印欄	所属所長確認欄	※共済記入欄			
受付 03.07.05 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。	決定額	控除額	支給額	
	確認日 令和 3 年 7 月 5 日	円	円	円	

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 傷病手当金・同附加金請求書 添付書類
 休職中の場合 休職辞令の写し 診断書の写し 出勤簿の写し
 初回請求時のみ 特休中と8割休職時の給与明細の写し 試算シート
 報酬を受けている場合 報酬支給証明額 請求月の給与明細書の写し

〔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)

所属所名	組合員氏名
所属コード	組合員証番号
.....
.....

療養のため勤務できないことに関する 医師の証明	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
	(傷病者氏名) は (傷病の詳細記入) 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.....日から.....年.....月.....日まで出勤しなかった期間の給料の支給は
 (勤務できなくなった最初の日) (今回請求する月の末日)

次のとおりです。

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

.....年.....月.....日から.....年.....月.....日現在、
 (今回請求する月の末日)

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

※支部記入欄 (記入不要)

<p>【報酬との調整】</p> <p>報酬月額 × 1/22 = 報酬日額 (10円位未満四捨五入)</p> <p>報酬日額 × 2/3 = 報酬日額 (円位未満四捨五入)</p> <p>給付日額 × 支給日数 = 支給額</p> <p>支給額 - 控除額 = 支給決定額</p> <p>【障害共済(厚生)年金との調整】</p> <p>(厚生)年金の額 × 1/264 = 年金日割額</p> <p>支給決定額 × 支給日数 = 控除額</p> <p>【障害一時(手当)金との調整】</p> <p>退職時の標準報酬月額 × 1/22 × 2/3 = 標準報酬日額</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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</p>	<p>【今回支給日数】</p> <p>支給日数</p> <p>.....月分.....日</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								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				
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																																									

記入例

〔傷病手当金・同附加金請求書 添付書類〕

所属コード	組合員証番号
福利中学校	公立 太郎
550000	123456-0

医師の証明欄

金請求書及び同附加金請求書に必ず添付してください

療養のため
勤務できない
ことに関する
医師の証明

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	令和 元 年 11 月 1 日	令和 3 年 6 月 1 日 から 令和 3 年 6 月 30 日 まで
(傷病者氏名) 公立 太郎	(傷病の詳細記入) 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。 令和 3 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	

給与に関する証明欄

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。

令和 元 年 11 月 1 日から 令和 3 年 6 月 30 日まで出勤しなかった期間の給料の支給は
(勤務できなくなった最初の日) (今回請求する月の末日を記入)

次のとおりです。

療養開始年月日 (勤務できなくなった最初の日)	令和 元 年 11 月 1 日	給料支給割合	10 割
休職発令年月日	令和 2 年 5 月 1 日		8 割
	令和 3 年 5 月 1 日		0 割

令和 3 年 5 月 1 日から 令和 3 年 6 月 30 日 現在、
(今回請求する月の末日を記入)

該当するものに○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

※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				

★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)

記入例

令和2年3月13日まで特休
 令和2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

・計算式は変更しないでください
 ・セルのコマンド欄の説明もご確認ください

報酬支給額証明書 (傷病手当金)

令和 2 年 3 月の報酬について、下記のとおり証明します。

和 2 年 4 月 7 日

所 属 学校

証明者 役 職 **主査**
 (所属所長または 給与事務担当者) 氏 名 **〇〇 〇〇**

(連絡先TEL **△△-△△△△**)

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)	22 日
年金額合計(年額)	

組合員番号	△△△△△△-□		
組合員氏名	〇〇 〇〇〇		
期 間	令和 2 年 3 月 1 日から 13 日まで	令和 2 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 10 日	A2 12 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	支給実績		
給料月額	331,600 円	150,727 円	144,698 円
給料の調整額	0 円	0 円	0 円
地域手当	18,043 円	8,201 円	7,873 円
義務教育等 教員特別手当	8,000 円	3,636 円	0 円
	0 円	0 円	0 円
	0 円	0 円	0 円
合 計	B1 162,564 円	B2 152,571 円	B3 円
報酬② 減額対象外の手当 種別	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 × 1.0 = 13,264 円	13,264 × 0.8 = 10,611 円	
	扶養手当 0 × 1.0 = 0 円	0 × 0.8 = 0 円	x =
	住居手当 0 × 1.0 = 0 円	0 × 1.0 = 0 円	x =
	通勤手当 0 × 1.0 = 0 円	0 × 0.8 = 0 円	x =
	x =	x =	x =
その他	x 1.0 =	x 1.0 =	x 1.0 =
	x 1.0 =	x 1.0 =	x 1.0 =
	x 1.0 =	x 1.0 =	x 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 I とする日	年金控除額
F1	
F2	
F3	

報酬②	
C1	13,264
C2	10,611
C3	0

※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 = (**20,000**) 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬月額 **20,000** 円 × (2/3) = (**13,333**) 円 (1円未満四捨五入)①

(2) 報酬の日額

(F1 **16,859** 円) ... ② ① > ② となる日 (**0** 日) ... ③ ② × ③ = **0** 円
 (F2 **13,196** 円) ... ②' ① > ②' となる日 (**12** 日) ... ③' ②' × ③' = **158,352** 円
 (F3 円) ... ②'' ① > ②'' となる日 (日) ... ③'' ②'' × ③'' = 円
 計 (**12** 日) ... ④ 計 **158,352** 円

※ 本来の控除額	
年金控除額と (4) 控除額を比較	
	0 円
	158,352 円
	円
計	158,352 円

(5) 支給額の決定

給付日額① (**13,333** 円) × 支給対象日数④ (**12** 日) - 控除額⑤ (**158,352** 円) = 給付決定額 (**1,644** 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。

★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。

と減 な る の 手 対 象	手当	減 の 額 手 対 象 外	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

給与の支給割合を入力する

100分の	80
-------	-----------

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。

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

計算式は変更せず、割合のみ手入力してください。

※試算例

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	
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
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	
種別	本来の支給額				
給与減額の給与種目	教職調整額	13,264	$13,264 \times 0.8 = 10,611$	$13,264 \times 0.8 = 10,611$	$13,264 \times 0.8 = 10,611$
	扶養手当	0	$0 \times 0.8 = 0$	$0 \times 0.8 = 0$	$0 \times 0.8 = 0$
	住居手当	0	$0 \times 0.8 = 0$	$0 \times 0.8 = 0$	$0 \times 0.8 = 0$
			x =	x =	x =
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

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 = (**20,000**) 円 (10円未満四捨五入)

標準報酬日額 (**20,000**) × (2 / 3) = **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。

□ 出産手当金請求書（休業給付）

※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
生年月日	年 月 日	資格取得日	年 月 日
出産予定日	年 月 日	退職年月日	年 月 日
出産年月日	年 月 日	請求期間の 標準報酬月額	第 等級 円
勤務できな かった期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	請求期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
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 _____		
所属所長又は 給与事務担当者の証明 (在職中のみ)	_____ 年 月 日から _____ 年 月 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。 _____ 円 _____ 年 月 日支給（予定） 所属所長又は給与事務担当者 _____		
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 令和 年 月 日 _____ 〒 _____ 住所 _____ 組合員 職名・氏名 _____ (電話番号： _____)			
所属所名（電話）	(_____)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄 <input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確 認 日 _____ 年 月 日		
決定額 ※共済記入欄	【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】 在職中（無給の産前産後休業中）の場合 <input type="checkbox"/> 給与明細の写し <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し 退職後6月以内出産の場合 <input type="checkbox"/> 請求時現在の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写しなど振込口座の確認できる書類		

記入例

☑ 出産手当金請求書（休業給付）

※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員証に枝番の記載がある場合、
その番号も記入してください。
[××××××-××]

組合員氏名	公立 学子	組合員証 記号・番号	公立奈良 ××××××
生年月日	平成5年5月5日	資格取得日	令和2年4月1日
出産予定日	令和3年5月18日	退職年月日	令和3年3月31日
出産年月日	令和3年5月10日	請求期間の 標準報酬月額	第20等級 340,000円
勤務できな かった期間	令和3年4月1日から 年 月 日まで	請求期間	令和3年4月1日から 令和3年4月30日まで
医師又は 助産師の証明	(出産者名) 公立 学子 は、出産予定日は令和3年5月18日であったが、 令和3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。 令和3年5月12日 医療機関名 ○○市○○町 ○○病院 医師氏名 勝 海舟		
所属所長又は 給与事務担当者の証明 (在職中のみ)	年 月 日から 年 月 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。 円 年 月 日支給(予定) 所属所長又は給与事務担当者		
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 〒 639-△△△△ 令和3年6月4日 住所 奈良県奈良市登大路町○○ 組合員 職名・氏名 公立 学子 (電話番号: 0742-27-××××)			
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
受付 03.06.04 奈良野小学校	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 令和3年6月4日		
決定額 ※共済記入欄	【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】 在職中(無給の産前産後休業中)の場合 <input type="checkbox"/> 給与明細の写し <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し 退職後6月以内出産の場合 <input type="checkbox"/> 請求時現在の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写しなど振込口座の確認できる書類		

育児休業手当金（変更）請求書

育児休業等掛金等免除（変更）申出書

※↑提出項目にチェックしてください。
 ※↓区分が「新規」のときは、育児休業開始月の翌月以降に提出ください。

区分	新規 ・ 変更		組合員証等 記号・番号	公立奈良											
組合員氏名 (生年月日)	(年 月 日)		対象児氏名 (生年月日)	(年 月 日)											
標準報酬月額	円		請求金額	円											
育児休業 承認期間	開始日 (免除申出日)	年 月 日		育児休業手当金 請求対象期間	開始日	年 月 日									
	終了日	年 月 日			終了日	年 月 日									
請求対象	対象年														共済使用欄
	対象月														
	日数 (土日のみ除く)														
算出方法	[報酬日額 : 標準報酬月額 ÷ 22 (10円未満の端数四捨五入) ※ただし上限あり] ・ 育児休業開始日から180日目までの給付日額 : 報酬日額 × 67/100 (円未満の端数切捨) ・ 育児休業開始日から181日目以降の給付日額 : 報酬日額 × 50/100 (円未満の端数切捨)														
上記のとおり、育児休業手当金を請求します。 また、育児休業期間中に係る掛金等免除を申し出ます。 公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 氏名 _____ (電話番号 : _____)															
所属所名 (電話)	(_____)														
所属所受付印欄	所属所長確認欄														
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。														
	確認日 年 月 日														

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 育児休業に係る辞令のコピー
 ※期間変更のときは、当初の辞令と変更後の辞令のコピー
- パパ・ママ育休プラスを請求のときは、次の書類についても必要
- 配偶者の育児休業に係る辞令等のコピー
- 世帯全員の住民票

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

※↑提出項目にチェックしてください。

組合員氏名 (生年月日)	(年 月 日)	組合員証等 記号・番号	公立奈良
		請求金額	円
対象児氏名 (生年月日)	(年 月 日)	請求期間の 標準報酬月額	円
育児休業の期間	(初日) 年 月 日 ~ (末日) 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
<p>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）</p> <p>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（多胎妊娠にあつては14週間）又は産後8週間を経過しない状態にある。</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>公立学校共済組合奈良支部長 殿 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住 所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 職名・氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(電話番号: _____)</p>			
所属所名 (電話)	(_____)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 年 月 日		
決定額 ※共済記入欄			

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 当該育児休業にかかる辞令の写し
- 各延長事由により、次の書類を添付する。
- 延長事由1 市区町村長発行の「保育所等入所不承諾通知書（原本）」
- 延長事由2、4 世帯全員について記載された「住民票の写し」 「母子健康手帳の写し」
- 延長事由3 保育を予定していた配偶者についての「医師の診断書」 「母子健康手帳の写し」
- 延長事由5 「母子健康手帳の写し」
- 延長事由2～5 「本人からの申立書（所属所長の署名）」

記入例

- 育児休業手当金（1歳超分）請求書
 育児休業手当金（1歳超）請求書

組合員証に枝番の記載がある場合、
その番号も記入してください。
[××××××-××]

※↑提出項目にチェックしてください。

組合員氏名 (生年月日)	公立 学子 (平成5年 5月 5日)	組合員証 記号・番号	公立奈良	××××××
		請求金額		円
対象児氏名 (生年月日)	公立 学 (令和2年 5月 25日)	請求期間の 標準報酬月額	300,000	円
育児休業の期間	(初日) 令和2年 7月 22日 ~ (末日) 令和5年 3月 31日			
今回の請求期間	令和3年 5月 25日 ~ 令和3年 11月 24日			
変更後の育児休業の期間	年 月 日 ~			
変更後の請求期間	年 月 日 ~			
該当年	3		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		132 日	保育所への 入所申込み 令和3年 4月 1日
日数 (土・日曜日除)	5 22 22 22 22 21 18			保育所への 入所希望日 令和3年 5月 1日

対象児の1歳の誕生日から、
最長で1歳6か月になる日の前日まで請求可能。

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(多胎妊娠にあつては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

〒 **639-△△△△**

令和 **3** 年 **6** 月 **4** 日

住所 **奈良県奈良市登大路町〇〇**

組合員

職名・氏名

公立 学子

(電話番号: **0742-27-××××**)

所属所名 (電話)	奈良野小学校	(0742-00-0000)
所属所受付印欄	所属所長確認欄	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>受付</p> <p>03.06.04</p> <p>奈良野小学校</p> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。	
	確認日 令和3年 6月 4日	
決定額 ※共済記入欄		

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 当該育児休業にかかる辞令の写し

各延長事由により、次の書類を添付する。

- 延長事由1 市区町村長発行の「保育所等入所不承諾通知書(原本)」
 延長事由2、4 世帯全員について記載された「住民票の写し」 「母子健康手帳の写し」
 延長事由3 保育を予定していた配偶者についての「医師の診断書」 「母子健康手帳の写し」
 延長事由5 「母子健康手帳の写し」
 延長事由2~5 「本人からの申立書(所属所長の署名)」

育児休業手当金延長給付添付書類

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					
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">組 合 員 氏 名 _____</p>					
<p>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。</p> <p>確 認 先</p> <p>（申込を行った市町村役場） <u>担当部署名</u> _____ TEL () _____</p> <p style="text-align: center;"><u>担当者職名</u> _____</p> <p style="text-align: center;"><u>担当者氏名</u> _____</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長 <u>職 名</u> _____</p> <p style="text-align: center;"><u>氏 名</u> _____</p>					

育児休業手当金延長給付添付書類

記入例

組合員証 記号番号	記号	公立奈良	組合員氏名	公立 学子
	番号	XXXXXXXX	生年月日	平成 5 年 5 月 5 日
育児休業に係る子の氏名		公立 学		
育児休業に係る子の生年月日		令和 2 年 5 月 25 日		
入所の申し込みをした日		令和 3 年 4 月 1 日		
保育所への入所希望日		令和 3 年 5 月 1 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		〇〇市		
<p>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。</p> <p>公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p>令和 3 年 6 月 1 日</p> <p>組合員氏名 公立 学子</p>				
<p>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。</p> <p>確認先 (申込を行った市町村役場) 担当部署名 福祉部健康福祉課 TEL 〇〇 (△△) ×× 担当者職名 主査 担当者氏名 福祉 大介</p> <p>令和 3 年 6 月 1 日</p> <p>所属所長 職名 奈良市福利中学校長 氏名 高杉 晋作</p>				

- 育児休業手当金（1歳6か月超分）請求書
 育児休業手当金（1歳6か月超分）変更請求書

※↑提出項目にチェックしてください。

組合員氏名 (生年月日)	(年 月 日)	組合員証等 記号・番号	公立奈良
対象児氏名 (生年月日)	(年 月 日)	請求金額	円
育児休業の期間	(初日) 年 月 日 ~ (末日) 年 月 日	請求期間の 標準報酬月額	円
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		日	保育所への 入所申込み 年 月 日
日数 (土・日曜日除)			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（多胎妊娠にあつては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

令和 年 月 日

〒

住 所

組合員

職名・氏名

(電話番号：)

所属所名 (電話)

()

所属所受付印欄

所属所長確認欄

上記内容を
確認しました。

確認日 年 月 日

決定額 ※共済記入欄

【この申出書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

当該育児休業にかかる辞令の写し

各延長事由により、次の書類を添付する。

延長事由1 市区町村長発行の「保育所等入所不承諾通知書（原本）」

延長事由2、4 世帯全員について記載された「住民票の写し」 「母子健康手帳の写し」

延長事由3 保育を予定していた配偶者についての「医師の診断書」 「母子健康手帳の写し」

延長事由5 「母子健康手帳の写し」

延長事由2～5 本人からの申立書（所属所長の署名）」

保育所入所状況証明書

組合員番号及び氏名	
児童の氏名及び生年月日	
入所の申込みをした日	
保育所への入所希望日	
保育所に入所できなかった期間	
入所できなかった理由	
保育所に入所できた日	
備考 (例：途中で入所できた、入所希望を取り下げた場合には日付などを詳細に記入して下さい。)	

公立学校共済組合奈良支部長殿

上記の記載事項について、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

担当部署名
.....

担当者職名・氏名
.....

電話番号
.....

記入例

保育所入所状況証明書

組合員番号及び氏名	×××××× 公立 学子
児童の氏名及び生年月日	公立 学 令和2年5月25日
入所の申込みをした日	令和3年4月1日
保育所への入所希望日	令和3年5月1日
保育所に入所できなかった期間	令和3年5月1日～令和4年3月31日
入所できなかった理由	受け入れることのできる人数の上限に達しているため。
保育所に入所できた日	令和4年4月1日
備考 (例：途中で入所できた、入所希望を取り下げた場合には日付などを詳細に記入して下さい。)	

公立学校共済組合奈良支部長殿

上記の記載事項について、事実と相違ないものと認めます。

令和 4年 4月 1日

担当部署名 〇〇市役所 ××課

担当者職名・氏名 主査 平城 一郎

電話番号 1234-5678-△△

□ 休業手当金請求書

※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
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	(詳細に記入)	勤務できな かった期間	____年 ____月 ____日 から ____年 ____月 ____日 まで
		請求期間	____年 ____月 ____日 から ____年 ____月 ____日 まで
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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">職名・氏名</p> <p style="text-align: center;">組合員 _____</p> <p style="text-align: center;">(電話番号 : _____)</p>			
所属所名 (電話)	____ (_____)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 _____ 年 ____ 月 ____ 日		
決定額 ※共済記入欄			

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 欠勤とその期間中の給料支給状況が明らかになる書類
(欠勤申請書、出勤簿、報酬支給額証明等の写し 等)
- 欠勤事由が配偶者、父母、子、被扶養者にかかる場合は
組合員との続柄のわかる書類
- 請求事由が傷病・けがにかかる場合は、診断書の写し

記入例

✓ 休業手当金請求書

※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。

組合員氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
生年月日	平成5 年 5 月 5 日 (28 歳)	資格取得日	令和2 年 4 月 1 日
		退職年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日
勤務できなかった理由	(詳細に記入) 長男 学が、入院加療を要し、その付き添い看護のため	勤務できなかった期間	令和3 年 6 月 4 日 から 令和3 年 6 月 18 日 まで
		請求期間	令和3 年 6 月 4 日 から 令和3 年 6 月 18 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	11 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
<p>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</p> <p style="text-align: right;">令和 3 年 7 月 2 日</p> <p style="text-align: center;">〒 639-△△△△</p> <p style="text-align: center;">住所 奈良県奈良市登大路町〇〇</p> <p style="text-align: center;">職名・氏名 公立 太郎</p> <p style="text-align: center;">組合員 (電話番号: 0742-27-××××)</p>			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄	<p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <input type="checkbox"/> 欠勤とその期間中の給料支給状況が明らかになる書類 (欠勤申請書、出勤簿、報酬支給額証明等の写し 等) <input type="checkbox"/> 欠勤事由が配偶者、父母、子、被扶養者にかかる場合は 組合員との続柄のわかる書類 <input type="checkbox"/> 請求事由が傷病・けがにかかる場合は、診断書の写し	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 100px; margin: 0 auto;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">受付</p> <p style="font-size: 1.5em; margin: 0;">03.07.05</p> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。 確認日 令和3 年 7 月 5 日		
決定額 ※共済記入欄			

介護休業手当金請求書
 介護休業手当金変更請求書

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
介護を必要とする者の氏名	続柄 ()	介護を必要とする者の住所	〒 _____
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」のとおりです。

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

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

住所

組合員

職名・氏名 _____
 (電話番号: _____)

所属所名 (電話)	(_____)
所属所受付印欄	所属所長確認欄
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。
	確認日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
決定額 ※共済記入欄	

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 「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
(休暇・欠勤承認等状況報告書等の休暇状況がわかる書類)
 - 出勤簿の写し
 - 介護休業手当金 添付書類
 - 給与明細の写し
(介護休業取得月の前月分、請求月分 の計2枚)
- ※休業期間が変更される場合も提出してください。

記入例

- 介護休業手当金請求書
 介護休業手当金変更請求書

※提出項目にチェックしてください。
 ※月毎の請求書及び添付書類をご提出ください。

組合員氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
介護を必要とする者の氏名	公立 一郎 続柄 (父)	介護を必要とする者の住所	<u>〒630-8214</u> 奈良市登大路町999-9
介護休業期間	令和3年6月18日 から 令和3年8月17日 まで	承認を得た介護休業期間 (辞令のとおり)	年 月 日 から 年 月 日 まで
請求期間	令和3年6月18日 から 令和3年6月30日 まで	今回の請求期間	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+年末年始を除く日数を記入してください。 9 日
請求金額			
請求金額			
請求期間中の報酬額は、別紙「介護休業手当金 添付書類」のとおりです。			
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			
令和 3 年 7 月 2 日			
〒 639-△△△△			
住所 奈良県奈良市登大路町〇〇			
組合員 職名・氏名 公立 太郎			
(電話番号: 0742-27-××××)			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄	<p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <input type="checkbox"/> 「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 (休暇・欠勤承認等状況報告書等の休暇状況がわかる書類) <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し <input type="checkbox"/> 介護休業手当金 添付書類 <input type="checkbox"/> 給与明細の写し (介護休業取得月の前月分、請求月分 の計2枚) ※休業期間が変更される場合も提出してください。	
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> 受付 03.07.05 奈良野小学校 </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 令和3年7月5日		
決定額 ※共済記入欄			

〔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

(組合員氏名) _____ の _____ 年 _____ 月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		請求日数
第 _____ 等級①	円	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	2/2分の1	教職調整額		
		扶養手当		
		住居手当		
		小計	③	
対象外の	/	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 _____

連絡先(TEL) _____

※記入不要(給付金計算参考)

<p>【給付額算出方法】※参考</p> <p>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</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $\frac{(\text{給料月額} + \text{減額の対象となる手当}) \times 1\text{日}}{\text{介護休業を取得した月の要勤務日数}}$ </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $\frac{(\text{勤務時間1時間当たりの給与額 銭未満切捨})}{(7\text{時間}45\text{分} \times 5\text{日}) \times 52\text{週}} \times 7\text{時間}45\text{分}$ <p style="font-size: small;">(1日当たりの勤務時間) -1日当たりの勤務時間数×国民の祝日・年末年始の休日 ※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</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $+ \frac{\text{減額対象外の手当} \times 1/22}{\text{円未満切捨}}$ </div> <p>II 介護休業手当金給付日額</p> <p>標準報酬月額 × 1/22 × 67/100 = 給付日額(円位未満切捨)</p> <p>※給付額が給付上限額を上回る場合は給付上限額で算出</p> <p>III 介護休業手当金と報酬との調整</p> <p>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</p>	<p>【給付計算】※参考</p> <p>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</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $\frac{\text{②} \text{円} \times 1}{\text{介護休業を取得した月の要勤務日数}} \times 7.75$ <p style="font-size: small;">※請求月の土日を除いた日数</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $\frac{\text{②} \text{円} \times 12}{(7.75 \times 5) \times 52} \times 7.75$ <p style="font-size: small;">-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)</p> </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> $+ \text{③} \text{円} \times 1/22$ </div> <p>II 介護休業手当金給付日額</p> <p>① _____ 円 × 1/22 × 67/100</p> <p>III 介護休業手当金と報酬との調整</p> <p>(II _____ 円 - I _____ 円) × _____ 日 = _____ 円</p>
---	--

記入例

〔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	組合員証番号
所属コード	組合員証番号
榎利高等学校	公立 太郎
5 2 0 0 0 0	× × × × × ×

(組合員氏名) **公立 太郎** の **令和 3** 年 **6** 月分

標準報酬月額
第 **22** 等級 ① **380,000** 円

請求 9

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)

区分	算出に用いる率	手当等の種類	本来の報酬額(円) (令和3年5月分)	請求月の報酬額(円) (令和3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	2/2分の1	教職調整額	13,200	13,200
		扶養手当	10,000	10,000
		住居手当	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 **榎利高等学校**

職名・氏名 **主査 公立 かのご**

連絡先(TEL) **〇〇-〇〇〇〇**

※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45分) × 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

+ 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 × 7.75
(年度ごとで変動。土日にあたる休日は除く)

+ 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

- 弔慰金請求書
- 家族弔慰金請求書

※提出項目にチェックしてください。

	死亡者氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
	性別・続柄	男 ・ 女 続柄 ()	認定年月日	____年 ____月 ____日
	生年月日	____年 ____月 ____日 (____歳)	標準報酬月額	第 ____ 等級 ____円
	請求金額	____円		
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。		証明者	職名 _____ 氏名 _____
<p>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</p> <p>令和 ____年 ____月 ____日</p> <p style="text-align: right;">〒 _____</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">組合員 職名・氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">(電話番号: _____)</p>				
所属所名 (電話)	(_____)			
所属所受付印欄	決定額 ※共済記入欄			
		<p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 遺族の順位を証明する書類 (組合員死亡の場合)</p>		

- 弔慰金請求書
 家族弔慰金請求書

記入例

※提出項目にチェックしてください。

死亡者氏名	公立 一郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
性別・続柄	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 続柄 (父)	認定年月日	平成27 年 11 月 1 日
生年月日	昭和33 年 3 月 3 日 (63 歳)	標準報酬月額	第 20 等級 340,000 円
請求金額	円		
市区町村長又は警察署長等の証明	死亡者氏名	生年月日	昭和33 年 3 月 3 日
	死亡の場所	死亡年月日	令和 3 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。	証明者	職名 〇〇警察署長 氏名 共済 一馬
	令和 3 年 6 月 16 日		
<p>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</p> <p style="text-align: center;">令和 3年 7月 2日</p> <p style="text-align: right;">〒 639-△△△△ 住所 奈良県奈良市登大路町〇〇</p> <p style="text-align: right;">組合員 職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-27-××××)</p>			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	決定額 ※共済記入欄		
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 80px; margin: 0 auto;"> <p style="margin: 0;">受付</p> <p style="margin: 0; font-size: 1.2em;">03.07.05</p> <p style="margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>	<p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 遺族の順位を証明する書類 (組合員死亡の場合)</p>		

□ 災害見舞金請求書

※請求前に共済組合に1度ご連絡ください。

罹災者氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
性別・続柄	男 ・ 女 続柄 ()	罹災の種類	
生年月日	____年 ____月 ____日 (____歳)	発生年月日	____年 ____月 ____日
請求期間の 標準報酬月額	第 ____ 等級 ____ 円	請求金額	____ 円
罹災場所	〒 _____	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 (____ 階建て)	
罹災時の状況等	※日付など詳細を記入		
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 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 〒 _____ 住所 _____ 職名・氏名 _____ 組合員 (電話番号: _____)			
所属所名 (電話)	_____ (_____)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認 日 _____ 年 ____ 月 ____ 日		
決定額 ※共済記入欄			

【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】

- 罹災状況報告書〔1〕
- 罹災状況報告書〔2〕
- 罹災報告書
- 罹災状況の分かる写真 (住居全体・罹災箇所)

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。

記入例

□ 災害見舞金請求書

※請求前に共済組合に1度ご連絡ください。

罹災者氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
性別・続柄	男 ・女 続柄 (本人)	罹災の種類	火災
生年月日	平成 8年 7月 30日 (25 歳)	発生年月日	令和 3年 10月 21日
請求期間の 標準報酬月額	第 20 等級 340,000 円	請求金額	円
罹災場所	〒 631-0000 奈良市登大路町999-9	<input checked="" type="checkbox"/> ① 自宅 借家 マンション アパート 下宿 間借 <input checked="" type="checkbox"/> ② 平屋建 二階建 その他 (階建て)	
罹災時の状況等	※日付など詳細を記入 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 令和 3 年 10 月 25 日 〒 639-△△△△ 住所 奈良県奈良市登大路町〇〇 組合員 職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-27-××××)			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	所属所長確認欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この請求書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 罹災状況報告書〔1〕</p> <p><input type="checkbox"/> 罹災状況報告書〔2〕</p> <p><input type="checkbox"/> 罹災報告書</p> <p><input type="checkbox"/> 罹災状況の分かる写真 (住居全体・罹災箇所)</p> <p>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。</p> </div>	
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>受付</p> <p>03.10.26</p> <p>奈良野小学校</p> </div>	<input checked="" type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 令和3年10月26日		
決定額 ※共済記入欄			

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

住居	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
			延面積	㎡	延面積	㎡	
組合員住居		木 造 葺 階建	延面積	㎡	延面積	㎡	
		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	延面積	㎡	延面積	㎡	
		鉄筋(鉄骨)コンクリート造 階建	延面積	㎡	延面積	㎡	

家財	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
家具類	た ん す					
	食 器 棚					
	食 卓 ・ 机					
	椅 子					
	書 棚					
	棚 類()					
	鏡台・ドレッサー					
	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。

罹災状況報告書〔1〕

記入例

所属所名 **〇〇市立福利中学校** 氏名 **公立 太郎** 組合員証番号 **123456**

住居及び家財等の詳細な罹災状況報告

住居	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
			建面積	延面積	建面積	延面積	
組合員住居		木造 瓦 葺 階建	建面積	120 m ²	建面積	90 m ²	半焼(半損)
		鉄筋(鉄骨)コンクリート造 階建	延面積	180 m ²	延面積	90 m ²	
被扶養者住居		木造 葺 階建	建面積	m ²	建面積	m ²	
		鉄筋(鉄骨)コンクリート造 階建	延面積	m ²	延面積	m ²	

家財	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・トレッカー	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

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

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。



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



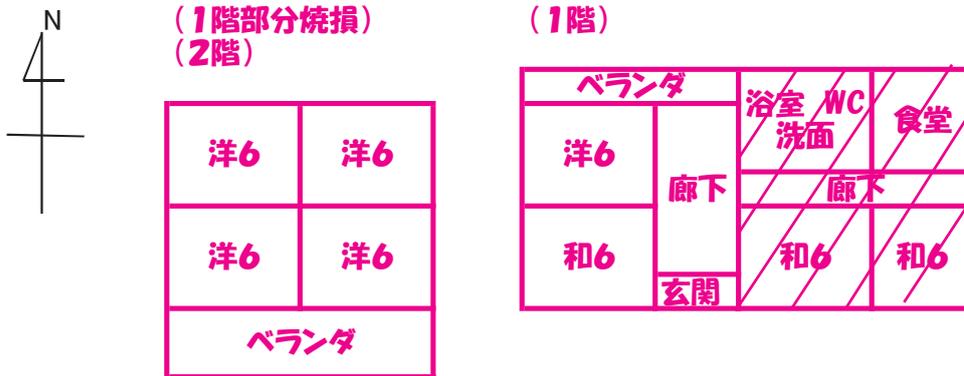
記入例

罹災状況報告書[2]

所属所名	〇〇市立福利中学校
組合員証番号	123456
氏名	公立太郎
住所	奈良市登大路町999-9

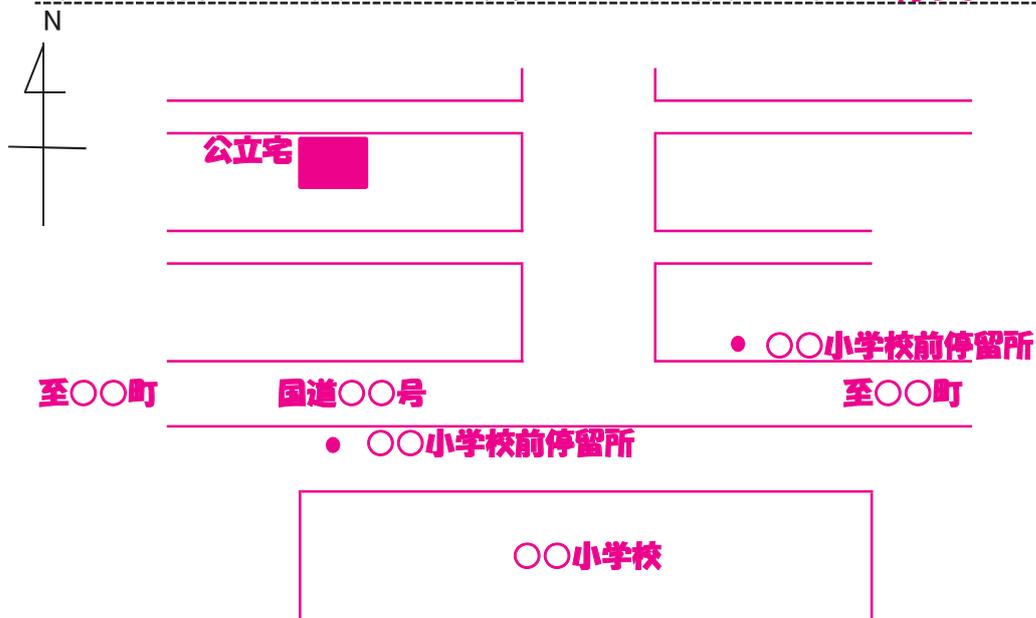
住居の平面図

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。



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 〇〇交通バス 〇〇小学校前 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



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。 年 月 日 市町村長 消防署長 _____	

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。

罹災証明書

記入例

※市町村長または消防署長が記入・証明

住所	奈良市登大路町〇〇	
罹災者氏名	公立 太郎	
罹災日時	令和 3年 10月 21 日 (午前) 午後 7 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180m ² のうち1階部分一部90m ² 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。		
令和 3年 10月 25日		
市町村長 消防署長 <u>〇〇市消防署長 中岡 慎太郎</u>		

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。

事故報告書

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
療養者氏名	性別 ()	事故発生場所	
生年月日	年 月 日 (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 今後の見込みなど	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	【○で囲んで下さい】 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			
<p>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</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>職名・氏名 _____</p> <p>組合員 (電話番号: _____)</p>			
所属所名 (電話)	()		
所属所受付印欄	所属所長確認欄		
	<input type="checkbox"/> 上記内容を 確認しました。		
	確認日 _____ 年 月 日		

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					
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>公立学校共済組合奈良支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 200px;"> <div style="margin-right: 10px;">〒</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 10px;"> <p style="margin: 0;">住 所 _____</p> <p style="margin: 0;">職名・氏名 _____</p> <p style="margin: 0;">電話番号 _____</p> </div> </div>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="margin-left: 200px;"> <p>所属所名 _____</p> <p>所属所長名 _____</p> <p>電話番号 _____</p> </div>					

- 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。

損害賠償申告書

組合員氏名	公立 太郎	被害者氏名	公立 太郎	性別	男
				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	令和 3 年 12 月 19 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				
<p>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</p> <p style="text-align: center;">令和 3 年 12 月 25 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 100px;"> <div style="margin-right: 10px;">組合員</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p style="text-align: center;">〒630-8213</p> <p>住 所 奈良市登大路町〇〇</p> <p>職名・氏名 教諭 公立 太郎</p> <p>電話番号 0742-27-〇〇〇〇</p> </div> </div>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 3 年 12 月 25 日</p> <p style="text-align: right;">所属所名 〇〇市立 福利小学校</p> <p style="text-align: right;">所属所長名 福利 太郎</p> <p style="text-align: right;">電話番号 0742-27-××××</p>					

- 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。

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	保有者	氏名				
		至 年 月 日		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	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; transform: rotate(45deg);"></div>		
	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					

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	〇〇海上保険株式会社 電話番号 (0742 - 47 - 〇〇〇〇)		
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		
証明書番号		A-〇〇〇〇〇〇-〇		被害者
保険契約者	氏名	山田 門左衛門		
	住所	△△市〇〇町〇〇番地		
職業		公務員		
保険期間		自 年 月 日	至 年 月 日	保有者
氏名		山田 門左衛門		
住所		△△市〇〇町〇〇番地		
自動車	種別	普通自動車		運転者
	府県名	奈良県		
	登録番号 又は 車両番号	奈良〇〇あ ××××		
	車体番号	〇〇〇〇-××××		
	使用の本拠の所在地	△△市〇〇町〇〇番地		
氏名		山田 門左衛門		
住所		△△市〇〇町〇〇番地		
性別		男		
年齢		53 歳		
保有者との関係		本人		

自動車任意保険

保険会社	名称	〇〇海上保険株式会社 電話番号 (0742 - 33 - 〇〇〇〇)		
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号		
証明書番号		〇〇〇〇〇〇		
保険契約者	氏名	山田 門左衛門		
	住所	△△市〇〇町〇〇番地		

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) _____ ^(被害者氏名) _____
_____の不法行為により _____

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。

確 約 書

令和 3 年 12 月 25 日

公立学校共済組合奈良支部長 殿

住 所 奈良市登大路町〇〇氏 名 公立 太郎

令和 3 年 12 月 19 日、^(場所) 奈良市〇〇町●●-1 において、

(加害者氏名)

山田 門左衛門

の不法行為により

(被害者氏名)

公立 太郎

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条の規定によつ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。

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。

誓約書

令和 3 年 12 月 25 日

公立学校共済組合奈良支部長 殿

加 害 者 住 所 △△市〇〇町〇〇番地
氏 名 山田 門左衛門

連帯保証人 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地
氏 名 奈良 三郎

令和 3 年 12 月 19 日、^(場所) 奈良市〇〇町●●-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 太郎 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。

加害者との交渉状況報告書

組合員氏名	公立 太郎	被害者氏名	公立 太郎	性別	男
				続柄	本人
事故発生年月日	令和 3 年 12 月 19 日				
1. 損害賠償請求についての交渉経過					
加害者 山田 門左衛門より申し出があり、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 令和 4 年 1 月 21 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					
令和 4 年 2 月 1 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 太郎			
		電話番号 0742-27-0000			

※ 未成立のときは、後日示談書の写しを提出してください。

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してください。

記入例

同意書

私が **令和 3** 年 **12** 月 **19** 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

令和 3 年 **12** 月 **25** 日

（届出者）

組合員証記号番号 公立奈良 **XXXXXXXX**

組合員氏名 **公立 太郎**

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してください。

人身事故証明書入手不能理由書

保険会社 御中

■ 人身事故扱いの交通事故証明書が入手できなかった理由をお教えてください。

(人身事故扱いの交通事故証明書が添付されていても、被害者の方のお名前がない場合は、記入してください。)

<p align="center">理由</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください。 ※ 複数に該当する場合は、すべてに○印をしてください。</p>	<p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、検査通院のみ（予定を含む）であったため</p> <p><input type="radio"/> 受傷が軽微で、短期間で治療を終了した（もしくは終了予定の）ため</p> <p><input type="radio"/> 公道以外の場所（駐車場、私有地など）で発生した事故のため</p> <p><input type="radio"/> 事故当事者の事情（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div> <p><input type="radio"/> その他（理由を具体的に記載してください。）</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 5px 0;">【理由】</div>		
<p>◆ 警察へ、事故発生の届出を行っている場合には、以下に記載してください。</p>			
届出警察	<p align="center">警察 担当官 (判明している場合)</p>	届出年月日	<p align="center">年 月 日</p>

裏面へ 交通事故証明書が発行されていない場合、または発行されている交通事故証明書にお名前がない場合に限り、裏面の事故当事者、発生日時、発生場所等を記入してください。

■ 人身事故の事実を確認するため、関係者の記名・押印をお願いします。

◆ 上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。	
<p><input type="radio"/> 当事者</p> <p><input type="radio"/> 目撃者</p> <p><input type="radio"/> その他 ()</p> <p>※ 該当する項目に○印をしてください</p>	<p>住所 〒 _____ 記入日 年 月 日</p> <hr/> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>電 話 () _____</p>

(注) 当欄は、賠償を求める側が、直接、自賠償保険に請求（法第 16 条請求）する場合には、保険契約者側（契約者、運転者など）の方、または目撃者の方がご記入ください。賠償をした側が請求（法第 15 条請求）する場合には、賠償を受けた側の方、または目撃者の方がご記入ください。

(保険会社使用欄) 該当する□のすべてに✓する。

- 人身事故としての警察への届出の必要性について、説明しました。
- 請求関係書類の確認により、または以下の調査・確認により、人身事故の事実には相違ないことを確認しました。

責任者	担当者

◆ 確認日	◆ 確認先	◆ 確認方法
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
年 月 日	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 目撃者 <input type="checkbox"/> 運転者 <input type="checkbox"/> 被害者 <input type="checkbox"/> 修理工場 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 文書 <input type="checkbox"/> 面談
◆ その他・特記事項 ()		

【 事案情報 】 被害者名： _____ 事故日： _____ 年 月 日

○交通事故概要記入欄

(物件事故扱いの交通事故証明書にお名前が記載されている場合は、以下の項目は記載不要です。)

発生年月日時		年 月 日	午前 午後	時 分頃	天候
発生場所					
当事者	甲	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	乙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丙	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
	丁	住所	電話 ()		
		氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才
		自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号
		登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他	
戊	住所	電話 ()			
	氏名	生年月日	明・大 昭・平	年月日()才	
	自賠償保険契約先	自賠償保険 証明書番号	第	号	
	登録番号	事故時 の状況	運転・同乗(甲・乙)・歩行・その他		

※ 上記に事故当事者が記入できない場合には、別紙に必要事項を記載してください。

認定請求中にかかる組合員証使用報告書

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
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
<p>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</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所</p> <p>_____</p> <p>組合員 職名・氏名</p> <p>_____</p> <p>(電話番号: _____)</p>			
所属所名(電話)	(_____)		
所属所受付印欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> </div>		

記入例

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 太郎		組合員証等 記号・番号	公立奈良 XXXXXXXX
災害発生日	令和 3年 8月 18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	〇〇〇病院	入院	令和 3年 8月 18日 ~	年 月 日
所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地	外来	年 月 日 ~	年 月 日
<p>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</p> <p>令和 3 年 8 月 26 日</p> <p>〒 639-△△△△</p> <p>住所 奈良県奈良市登大路町〇〇</p> <p>組合員 職名・氏名 公立 太郎</p> <p>(電話番号: 0742-27-XXXX)</p>				
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)			
所属所受付印欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 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。</p> </div>			
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>受付</p> <p>03.08.27</p> <p>奈良野小学校</p> </div>				

特定疾病療養認定申請書

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
受診者氏名		申請時の 標準報酬月額	_____円
性別 ()			
生年月日	_____年 _____月 _____日 (_____歳)	受診者の住所 (別居の場合)	〒 _____
医師の証明	疾病名①	左記疾病の初診日	_____年 _____月 _____日
	疾病名②	左記疾病の初診日	_____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		所在地 _____
	_____年 _____月 _____日	医療機関 _____	名称 _____
		_____	医師名 _____
<p>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</p> <p>令和 _____年 _____月 _____日</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>_____</p> <p>職名・氏名 _____</p> <p>組合員 _____</p> <p>(電話番号: _____)</p>			
所属所名 (電話)	_____ (_____)		
所属所受付印欄			

記入例

特定疾病療養認定申請書

組合員氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
受診者氏名	公立 花子 性別 (女)	申請時の 標準報酬月額	340,000 円
生年月日	平成 7 年 8 月 26 日 (26 歳)	受診者の住所 (別居の場合)	〒 _____
医師の証明	疾病名①	慢性腎不全	左記疾病の初診日 令和 元 年 7 月 1 日
	疾病名②		左記疾病の初診日 _____ 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	令和 3 年 9 月 1 日	医療機関 所在地 〇〇市△△町××番地 名称 〇〇〇病院 医師名 奈良田 太郎
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			
令和 3 年 9 月 1 日			
〒 639-△△△△			
住所 奈良県奈良市登大路町〇〇			
組合員 職名・氏名 公立 太郎			
(電話番号: 0742-27-××××)			
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">受付</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid red; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; margin: 0;">03.09.04</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid red; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; margin: 0;">奈良野小学校</p> </div>		
<p>特定疾病療養認定証の対象となるのは、</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工透析を実施している慢性腎不全 ・血友病 ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群のみです。疾病名によってはこちらで上記に当てはまるかを判断しかねる場合がありますので、詳細をご記入いただきますよう、お願いいたします。 			

福祉医療制度報告書

1. 該当		2. 非該当		組合員証等 記号・番号	公立奈良		
対象者①		続柄		生年月日	年	月	日 (歳)
該当日	年 月 日から			非該当日	年	月	日から
該当	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			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		
	()				()		
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 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 職名・氏名 組合員 _____ (電話番号 : _____)							
所属所名 (電話)	()						
所属所受付印欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p>該当報告及び非該当事由3の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格者証の写し</p> <p>非該当事由1又は2の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 発行機関からの資格喪失通知の写し</p> </div>						

記入例

福祉医療制度報告書

<input checked="" type="radio"/> 1. 該当		<input type="radio"/> 2. 非該当		組合員証等 記号・番号	公立奈良 ××××××
対象者①	公立 三郎	続柄	三男	生年月日	平成23年 8月31日 (10歳)
該当日	令和 3年 4月 1日 から			非該当日	年 月 日から
該当	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 <input checked="" type="radio"/> 2. 子ども医療費助成事業 (義務教育就学後のもの) <input type="radio"/> 3. 心身障害者医療費助成事業 <input type="radio"/> 4. ひとり親医療費助成事業 <input type="radio"/> 5. 精神障害者医療費助成事業 <input type="radio"/> 6. その他 ()			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 <input type="radio"/> 2. 有効期間中に資格が喪失した <input type="radio"/> 3. 有効期間 (至) が助成終了日となる <input type="radio"/> 4. その他 ()
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	公立 四郎	続柄	四男	対象者氏名③	続柄
生年月日	平成25年 10月 21日 (7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	年 月 日 (歳)	
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 令和 3年 9月 1日 〒 639-△△△△ 住所 奈良県奈良市登大路町○○ 組合員 職名・氏名 公立 太郎 (電話番号: 0742-27-××××)					
所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)				
所属所受付印欄	<div style="border: 2px dashed black; padding: 10px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p>該当報告及び非該当事由3の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 受給資格者証の写し</p> <p>非該当事由1又は2の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 発行機関からの資格喪失通知の写し</p> </div>				
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 20px; text-align: center;"> <p style="font-size: 1.2em; color: red;">受付</p> <p style="font-size: 1.5em; color: red;">03.09.04</p> <p style="font-size: 1.2em; color: red;">奈良野小学校</p> </div>					

限度額適用認定申請書

組合員氏名		組合員証等 記号・番号	公立奈良
生年月日	年 月 日生 (歳)	申請時の 標準報酬月額	円
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 <small>※所属所での受取ができない場合のみ記入</small>	<input type="checkbox"/> 組合員宅 <input type="checkbox"/> その他 [〒 _____]		<small>※原則、所属書送付です。 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です。</small>
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 令和 年 月 日 〒 _____ 住所 _____ 職名・氏名 組合員 _____ (電話番号: _____)			
所属所名(電話)	(_____)		
所属所受付印欄	※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。		

記入例

限度額適用認定申請書

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。

組合員氏名	公立 太郎	組合員証等 記号・番号	公立奈良 XXXXXXXX
生年月日	平成 8 年 7 月 30 日生 (25 歳)	申請時の 標準報酬月額	280000 円
対象者氏名	公立 花子	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	平成 7 年 8 月 26 日生 (26 歳)		該当するものを○で囲む。 交通事故等の第三者行為や 公務災害が原因でなければ 「3」に○をつけてください。
対象者住所	奈良県奈良市登大路町〇〇〇-×		
申請期間	(申請月) 令和 3 年 7 月初日 ~ 令和 3 年 12 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	<input checked="" type="checkbox"/> 組合員宅 <input type="checkbox"/> その他 [〒	※原則、所属書送付です。	
<p>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</p> <p>令和 3 年 7 月 1 日</p> <p>〒 〇〇〇-×</p> <p>住所 奈良市〇〇町999番地</p> <p>組合員 職名・氏名 公立 太郎</p> <p>(電話番号: 0742-99-XXXX)</p>			
所属所名(電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)		
所属所受付印欄	※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。		
<div style="border: 2px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>受付</p> <p>03.07.04</p> <p>奈良野小学校</p> </div>			

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員氏名				組合員 記号・番号	公立奈良
減額 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）			
	組合員との 続柄		性別		長期入院 （該当する方に ☑を入れる）
	対象者 住所	申請月以前1年間の入院日数 ・90日を超える場合 → <input type="checkbox"/> 該当 ・90日以内の場合 → <input type="checkbox"/> 非該当			
①	申請日の前1年間の入院期間		年 月 日から 年 月 日まで（ 日間）		
	入院をした保険医療機関		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				
	公的年金		円		
	給与・公的年金以外の所得 （ ）所得		円		
<p>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</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 _____</p> <p style="text-align: center;">住所 _____</p> <p style="text-align: center;">組合員 職名・氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">（電話番号： _____）</p>					
所属所名（電話）		（ _____ ）			
所属所受付印欄		<div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員にかかる市町村民税非課税証明書</p> <p>※同意書により市町村民税非課税証明書を省略する場合はご連絡ください。</p> <p>※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。</p> </div>			

限度額適用・標準負担額減額認定

組合員証に枝番の記載がある場合、その番号も記入してください。
[××××××-××]

記入例

組合員氏名	公立 太郎			公立奈良	××××××
減額対象者	氏名	公立 花			(該当を○で囲む)
	生年月日	平成 7 年 8 月 26 日生 (26 歳)			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
	組合員との続柄	妻	性別	女	長期入院 (該当する方に☑を入れる) 申請月以前1年間の入院日数 ・90日を超える場合 → <input checked="" type="checkbox"/> 該当 ・90日以内の場合 → <input type="checkbox"/> 非該当
	対象者住所	奈良県奈良市登大路町○○○-×			

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

申請日以前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」の該当に☑を入れてください。

①	申請日の前1年間の入院期間	令和 3 年 4 月 1 日から 令和 3 年 7 月 21 日まで
	入院をした保険医療機関	名称 △△△病院 所在地 奈良市△△△町777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 (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 令和2年中の 所得の状況	給与	280,000 円
	公的年金	円
	給与・公的年金以外の所得 () 所得	

非課税所得者の記載内容をもとに記入してください。
(この例の場合は令和2年1月から令和2年12月の所得が記載されている、令和3年度非課税証明をもとに記入)

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
令和 3 年 9 月 1 日
〒 ○○○-××××

住所 奈良市○○町999番地

組合員 職名・氏名 公立 太郎
(電話番号: 0742-99-××××)

所属所名 (電話)	奈良野小学校 (0742-00-0000)
-----------	-------------------------

所属所受付印欄	<p>【この報告書を提出するとき、次の添付書類が必要です。】</p> <p><input type="checkbox"/> 組合員にかかる市町村民税非課税証明書</p> <p>※同意書により市町村民税非課税証明書を省略する場合はご連絡ください。</p> <p>※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。</p>
---------	---

受付
03.09.02
奈良野小学校

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
 (一財)奈良県教職員互助組合理事長
 (一財)奈良県職員互助会理事長

} 殿

所属所コード：

所属所名：

所属所長：

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

※ 口座種別は普通に限る

※ 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	振 込 口 座			
	金融機関名	支店名	口座番号（右詰め）	
組合員番号	金融機関コード	支店コード		

※ 通帳の写しを貼り付けてください。

通帳の写し

給付台帳

【見本】給付台帳

医療給付の場合、受診日（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。

- 0000500000
何々小学校

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	令和02年10月01日		67,570	令和03年01月25日	ナト	何々町
100000	組合員A	組合員A	一部負担金払戻金	令和02年10月01日		57,400	令和03年01月25日	ナト	何々町
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 組合員Aが令和02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 </div>			給付が発生する項目名	令和02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	令和02年10月01日		237,000	令和03年01月25日	ナト	何々町
200000	組合員B	被扶養者B-1	高額療養費	令和02年10月01日		-207,000	令和03年01月25日	ナト	何々町
200000	組合員B	合算	家族療養費附加金	令和02年10月01日		13,000	令和03年01月25日	ナト	何々町
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 70歳未満の被扶養者B-1が令和02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 </div>			給付が発生する項目名と 給付額を調整する項目名	令和02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) (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	令和02年10月01日		215,180	令和03年01月25日	ナト	何々町
300000	組合員C	合算	一部負担金払戻金	令和02年10月01日		124,800	令和03年01月25日	ナト	何々町
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 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 </div>			給付が発生する項目名	令和02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、マイナス給付額が表示されません。 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	令和02年10月01日		7,000	令和03年01月25日	ナト	何々町
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 70歳未満の被扶養者D-1(区分：ウの一般)が令和02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 </div>			給付が発生する項目名	令和02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	令和02年12月20日	令和02年12月20日	7,000	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 組合員Aが令和02年12月に10,000円の治療用器具を購入し「療養費請求書」を提出した場合における給付 </div>		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A1	家族出産費	令和02年12月12日		15,000	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
100000	組合員A	被扶養者A1	家族出産費附加金	令和02年12月12日		50,000	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 被扶養配偶者が令和02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 </div>		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。		
<p>※ 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。</p>									
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	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
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	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
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	令和03年01月25日	ナト	カチヨウ
	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> それぞれ手当金請求書を提出した場合の給付 </div>		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

氏名変更による振込エラーが生じた場合は、支給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、令和03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	対象者氏名	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	令和02年10月			67,570
一部負担金払戻金	組合員A	令和02年10月			57,400

組合員Aが令和02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

↑
令和02年10月受診
「請求期間(至)」は表示なし

高額療養費	合算	令和02年10月			237,000
② 高額療養費	被扶養者B-1	令和02年10月			-207,000
家族療養費附加金	合算	令和02年10月			13,000

70歳未満の被扶養者B-1が令和02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

↑
令和02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。(対象者氏名欄には“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。(対象者氏名欄には対象者氏名、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	令和02年10月			215,180
一部負担金払戻金	合算	令和02年10月			124,800

70歳未満の組合員又はその被扶養者が令和02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

↑
令和02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。(対象者氏名欄には“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。
 ・組合員の場合:一部負担金払戻金
 ・被扶養者の場合: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	令和02年10月			7,000
------------	---------	----------	--	--	-------

70歳未満の被扶養者D-1(区分:ウの一般)が令和02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

↑
令和02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	対象者氏名	請求期間(自)	請求期間(至)	日数	給付額(円)
--------	-------	---------	---------	----	--------

⑤ 療養費	組合員A	令和02年12月20日	令和02年12月20日	0	7,000
-------	------	-------------	-------------	---	-------

組合員Aが令和02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	令和02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	令和02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が令和02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	令和02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	令和02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が令和02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	令和02年12月01日	令和02年12月31日	22	176,543
---	--------------	------	-------------	-------------	----	---------

↑
 手当金請求書を提出した場合の給付

↑
 月単位の支給対象期間を表示

※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
	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
	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	
低所得者Ⅰ：非課税者(組合員及び被扶養者全員)	15,000円	8,000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。