職員の休暇・休職について（報告）

下記の者は公務によらない傷病により勤務不能となり、報酬の一部または全部が不支給となりましたのでお知らせします。

ついては、傷病手当金請求に係る必要事項等の確認をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １．組合員職名・氏名 |  |
| ２．組合員記号・番号 | 公立大分 |  |
| ３．休暇・休職等の種類及び報酬減額の状況 | * 病気休職（８割）
* 病気休暇（５割または無給）
* 勤務不能の状態で退職する※
* その他（　　　　　　　　　　　　）
 |
| ４．休暇・休職の期間 | 令和　　年　　月　　日 から 令和　　年　　月　　日 まで |
| ５．退職（予定）日 | 令和　　年　　月　　日 |
| ６．標準報酬等級・月額 | 第　　　　　　　級 | 円 |
| ７．その他（経過等） |  |

※引き続き1年以上の、現職の組合員期間（他の共済組合期間を含む）がある者に限る

公立学校共済組合大分支部長　殿

令和　　　年　　　月　　　日

（所属機関名）

（所属機関の長）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事務担当者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）