

短期給付様式

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

組 合 員 申 告 書

(組合員資格取得届)

□には該当するものにレ点を記入してください。

所属所名	フリガナ		発令年月日				
	組合員氏名		元号	年	月	日	
所属所コード	組合員番号		5	令和			
生年月日		性別	基礎年金番号				職名
元号 3 昭 4 平 5 令			-				
元号	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男			
				<input type="checkbox"/> 女			
指定口座 (組合員名義)	金融機関名		コード		本・支店名	コード	
	<input type="checkbox"/> 沖縄銀行		0	1	8	8	口座番号
	<input type="checkbox"/> 琉球銀行		0	1	8	7	
	<input type="checkbox"/> (その他)						
<small>※数字は右詰で記入し、左欄の余白は0で埋めてください。</small>							
資格確認書発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※裏面の理由を必ずご確認ください、該当する場合にチェックを入れてください。					
資格取得理由	<input type="checkbox"/> 1 就職						
	<input type="checkbox"/> 2 公立学校共済組合他支部から転入 (支部名: _____ 支部)						
	<input type="checkbox"/> 3 地方公務員共済組合から転入 (以前加入の組合: _____ 共済組合)						
	<input type="checkbox"/> 8 国家公務員共済組合から転入						
	<input type="checkbox"/> 7 再就職(過去に当支部組合員の前歴あり)						
	<input type="checkbox"/> 95 種別変更(短期組合員から一般組合員、一般組合員から短期組合員)						
	<input type="checkbox"/> 99 再任用等に伴う番号変更 (旧組合員番号: _____)						
※事務担当者記入欄	組合員種別	任用形態	勤務時間数等				
	<input type="checkbox"/> 1 一般	<input type="checkbox"/> 1 本務職員	<input type="checkbox"/> 1 フルタイム勤務				
	<input type="checkbox"/> 2 船員	<input type="checkbox"/> 2 再任用職員	<input type="checkbox"/> 2 短時間労働者(4分の3以上)				
	<input type="checkbox"/> 3 後期高齢	<input type="checkbox"/> 3 会計年度任用職員	<input type="checkbox"/> 3 上記1又は2に該当しない者で次のいずれにも該当する者 ・1週間の所定勤務時間が20時間以上である ・報酬月額が88,000円以上である ・学生ではない ▶ 3に該当する場合で、労働条件通知書等で資格取得要件を満たしているか確認出来ない場合は職員調書(短期組合員)を添付。				
	<input type="checkbox"/> 11 短期	<input type="checkbox"/> 4 臨時的任用職員					
	<input type="checkbox"/> 12 船員短期	<input type="checkbox"/> 5 任期付職員					
<input type="checkbox"/> 17 後期短期	<input type="checkbox"/> 6 その他						
上記のとおり申告します。 〒 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>							
公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 組合員 住所 氏名							
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。							
令和 年 月 日 所属機関又は所属所 所属機関の長 職名 又は所属所長 氏名							
担当者氏名		連絡先		-			

1. この様式の記入方法は裏面を、必要な添付書類については、福利厚生事務の手引きをご参照ください。 (R6.12月 改)

【組合員申告書記入方法】

1. 本人記入欄

- (1) 所属所名 : 組合員の所属所名を記入してください。
 - (2) 所属所コード : 沖縄県給与計算事務の対象である所属所は「給与支払所属コード」を、幼稚園その他の所属所は福利厚生事務の手引きのコード表を確認のうえ記入してください。
 - (3) 組合員氏名 : 住民票に記載のとおり、漢字も正確に記入してください。フリガナはカタカナで記入してください。
 - (4) 組合員番号 : 任命権者が沖縄県教育委員会の場合は今回の発令年月日時点の職員番号を記入してください。任命権者が沖縄県教育委員会以外の場合は空欄のままご提出ください。
 - (5) 生年月日 : 元号は該当する番号を記入してください。生年月日は右図を参照して記入してください。
- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 元号 | | 3 | 昭 | 4 | 平 | 5 | 令 |
| 元号 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 3 | 6 | 3 | 0 | 5 | 0 | 3 | |
- (6) 性別 : 該当するものにレ点を記入してください。
 - (7) 基礎年金番号 : 年金手帳、ねんきん定期便等を確認のうえ正しい年金番号を記入してください。
 - (8) 発令年月日 : 今回の申請にかかる発令年月日を記入してください。
 - (9) 職名 : 辞令(人事異動通知書)のとおり記入してください。
 - (10) 指定口座 : 原則、指定金融機関(申告書にある2つの金融機関)で登録ください。
指定金融機関以外を登録する場合、その他欄へ金融機関名を記入ください。数字は右詰で記入し、余白は0で埋めてください。
 - (11) 資格確認書要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「発行が必要」にチェックを入れてください。 ※以下の理由に該当する場合に限り交付します。
 - ① マイナンバーカードを取得していない、または返納したため
 - ② マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため
 - ③ マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため
 - ④ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため
 - (12) 資格取得理由 : 今回の申請にかかる資格取得理由を確認のうえ、該当する番号にレ点を記入してください。
○資格取得理由の説明(※以下の説明において、空白期間とは人事発令がない期間のことをいう。)
「1 就職」:就職により初めて公立学校共済組合沖縄支部の組合員となる場合。
「2 公立学校共済組合他支部から転入」:公立学校共済組合の他都道府県支部で組合員だった方が、空白期間なく公立学校共済組合沖縄支部に転入した場合。
「3 地方公務員共済組合から転入」:地方公務員共済組合の組合員だった方が、空白期間なく公立学校共済組合沖縄支部に転入した場合。
「8 国家公務員共済組合から転入」:国家公務員共済組合の組合員だった方が、空白期間なく公立学校共済組合沖縄支部に転入した場合。
「7 再就職(過去に当支部の前歴あり)」
過去に公立学校共済組合沖縄支部の組合員だった前歴がある方で、前回の退職日等と今回の資格取得年月日の間に空白期間がある場合。
※空白期間がある場合でも、任用期間が事実上引き続くことを証明する任命権者の申立て(任意様式)またはそれに準ずるものを添付する場合は下記の「99 再任用等に伴う番号変更」に該当します。

「95 種別変更(短期組合員から一般組合員、一般組合員から短期組合員)」(臨時的任用職員から本務職員となる場合等)

「99 再任用等に伴う番号変更」(例:本務職員から再任用フルタイム職員となる場合等)

・過去に公立学校共済組合沖縄支部の組合員だった前歴がある方で、前回の退職日等と今回の資格取得年月日の間に空白期間がなく、組合員期間が引き続いている場合。

・過去に公立学校共済組合沖縄支部の組合員だった前歴がある方で、前回の退職日等と今回の資格取得年月日の間に空白期間があるが、任用期間が事実上引き続くことを証明する任命権者の申立て(任意様式)またはそれに準ずるものを添付する場合。

↓ 上記共通事項に該当する場合で

 - ①組合員種別の変更がある場合:「95 種別変更(短期組合員から一般組合員、一般組合員から短期組合員)」
 - ②組合員種別の変更がない場合:「99 再任用等に伴う番号変更」

※「99 再任用等に伴う番号変更」の要件を満たす方のうち、臨時的任用職員(県費)から臨時的任用職員(県費)となる方については、「職員番号変更報告書(県費負担臨時的任用職員)」を提出のうえ、現在発行されている資格確認書等を引き続きご使用ください。(組合員申告書提出不要)
 - (13) 本人申告欄 : 「上記のとおり申告します。」と記載された欄について、申告日、住所、組合員氏名を記入してください。
住所には、住民票に記載の住所を「字」や建物名・部屋番号等を省略せず正確に記入してください。

2. 事務担当者、所属機関の長又は所属所長記入欄

- (1) 所属機関又は所属所受付印 : 所属機関又は所属所受付印を押印してください。所属所受付印がない場合は、公立学校共済組合沖縄支部担当者にご相談ください。
- (2) 組合員種別 : 該当するものにレ点を記入してください。
- (3) 任用形態 : 組合員の任用形態を確認のうえ、該当するものにレ点を記入してください。
- (4) 勤務時間数等 : 該当するものにレ点を記入してください。
 - 「1 フルタイム勤務」
総務大臣の定めるところにより、常時勤務に服することを要する地方公務員について定められている勤務時間により勤務することを要することとされているもの
 - 「2 短時間労働者(3/4以上)」
その一週間の所定勤務時間及び一月間の所定勤務日数が、常時勤務に服することを要する地方公務員について定められている一週間の勤務時間及び一月間の勤務日数の四分の三以上であるもの
 - 「3 短時間労働者(3/4未満)」
上記1及び2に掲げる者以外の常時勤務に服することを要しない地方公務員のうち、次のいずれにも該当するもの
 - (1)一週間の所定勤務時間が20時間以上であること
 - (2)報酬月額について、標準報酬の資格取得時の決定の例により算定した額が88,000円以上であること
 - (3)学校教育法第50条に規定する高等学校の生徒、同法第83条に規定する大学の学生その他の総務省令で定める者でないこと
- (5) 証明欄 : 所属機関の長又は所属所長の証明日、所属機関又は所属所名、職名、氏名を記入してください。
- (6) 担当者欄 : 担当者氏名、連絡先を記入してください。

3. 添付書類

組合員申告書(組合員資格取得届)の添付書類については、福利厚生事務の手引きを確認してください。

職員番号変更報告書

(県費負担臨時的任用職員)

No.	組合員番号	組合員氏名	発令年月日	職員番号 (発令年月日時点)	旧所属所名	備考
1			5 年 月 日			
2			5 年 月 日			
3			5 年 月 日			
4			5 年 月 日			
5			5 年 月 日			
6			5 年 月 日			
7			5 年 月 日			
8			5 年 月 日			
9			5 年 月 日			
10			5 年 月 日			
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合沖繩支部長 殿 令和 年 月 日 所属所長						
				所属所連絡先	-	
				所属所コード	-	
				所属所名	-	
				職 氏 名	-	
				氏 名	-	
				氏 名	-	
共済組合受付印						

(R6.12月 改)

1. この様式の記入方法は裏面をご参照ください。
2. 所属所の変更を伴う場合は、新所属所から提出して下さい。(旧所属所名を記入すること。)
3. 任用期間が引き続いて継続していることを確認するため、**今回の辞令の写しと直前の辞令の写しを添付**してください。
(任用期間に空白期間がある方は任用期間が事実上引き続くことを証明する任命権者の申立て(任意様式)も併せて添付してください。)

【職員番号変更報告書(県費負担臨時的任用職員)について】

職員番号の変更があった臨時的任用職員(県費)のうち、組合員期間が引き続く方については、当様式で変更後の職員番号等を報告のうえ現在登録されている保険者情報等を引き続きご使用できます。

なお、組合員期間が引き続くのは、以下のいずれかの要件に該当する場合です。

要件 (以下の説明において、空白期間とは人事発令がない期間のことをいう。)

- (1) 公立学校共済組合神縄支部の組合員である臨時的任用職員(県費)が、空白期間なく臨時的任用職員(県費)として任用された場合。
- (2) 公立学校共済組合神縄支部の組合員である臨時的任用職員(県費)が、空白期間を空けて臨時的任用職員(県費)として任用されたが、任用期間が事実上引き続くことを証明する任命権者の申立て(任意様式)またはそれに準ずるものを添付する場合。

【職員番号変更報告書(県費負担臨時的任用職員)記入方法】

所属所記入欄

- (1) 組合員番号
(公立学校共済組合神縄支部で登録されている番号)
: 資格取得時に交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「公立学校共済組合 資格確認書」の記号 公立沖の右側に記載されている番号を記入してください。(枝番等は記入不要です。)
- (2) 組合員氏名
: 資格取得時に交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「公立学校共済組合 資格確認書」に記載されている氏名を記入してください。
なお、氏名に変更がある場合は「記載事項等変更申告書」をご提出ください。
- (3) 発令年月日
: 職員番号変更に係る辞令(人事異動通知書)の発令年月日を記入してください。
- (4) 職員番号
(発令年月日時点)
: 変更後の職員番号を記入してください。
- (5) 旧所属所名
: 所属所の変更を伴う場合は、変更前の所属所名を記入してください。
- (6) 備考
: 当様式と同時に「記載事項等変更申告書」を提出する場合は備考にその旨を記入してください。

組合員異動報告書（所属所間異動等）

No.	組合員番号	組合員氏名	異動発令年月日		旧所属所名	新所属所コード 新所属所名		異動区分
			年	月		日	年	
1			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
2			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
3			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
4			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
5			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
6			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
7			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)
8			5	年	月	日		所属所間異動・種別異動・休職 停職・派遣・復職(復帰)

上記のとおり報告します。 公立学校共済組合沖繩支部長 殿	連絡先
所属機関又は所属所 職 名 氏 名	
所属機関の長 又は所属所長	
共済組合受付印	

(R6.12月 改)

1. **所属所間異動に該当する場合は、新所属所から提出して下さい。(旧所属所名を記入すること。)**
2. 種別異動、休職、停職、派遣、復職(復帰)に該当する場合は、辞令等の交付がある場合は、その写しを添付してください。
3. 所属所コードは、必ず記入ください。
4. **任期付き組合員(短期組合員等)は、任用期間が引き続いていることを確認するため、今回の辞令の写しと直前の辞令の写しを添付ください。**
 (任用期間に空白期間がある方は任用期間が事実上引き続くことを証明する任命権者の申立て(任意様式)も併せて添付してください。)

組合員異動報告書（喪失用）

事由	コード	事由	コード
退職	01	定年・早期・自己都合・任期満了等	10 公立共済他支部
	02	死亡	11 他の共済
	04	任意継続組合員	13 国の共済

No	組合員番号	所属所コード 所属所名	組合員氏名	資格喪失年月日 (※退職日等の翌日)	異動事由	コード	転出先の支部・ 所属名	証等の 添付	資格喪失証明 書の発行	共済 記入
1				5 年 月 日				枚	要	任
2				5 年 月 日				枚	要	任
3				5 年 月 日				枚	要	任
4				5 年 月 日				枚	要	任
5				5 年 月 日				枚	要	任
6				5 年 月 日				枚	要	任
7				5 年 月 日				枚	要	任
8				5 年 月 日				枚	要	任
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">連絡先</div> <div style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>										
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合沖繩支部長 殿 令和 年 月 日 所属機関の長 又は所属所長 所属機関又は所属所 職 名 氏 名										
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">連絡先</div> <div style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; margin-left: 10px;"></div>										
共済組合受付印										

1. 証等を回収し添付してください。(紛失の場合は、紛失届を添付)
 2. 退職後、任意継続組合員となる場合は、資格喪失証明書の発行はできません。
 3. **資格喪失年月日は、退職日等の翌日です。ご注意ください。**
 4. 所属所コードは必ずご記入ください。

(R6.12月 改)

短期組合員退職届書

No.	組合員番号	組合員氏名	生年月日	退職年月日	退職時の所属所名	備考
1			年 月 日	年 月 日		
2			年 月 日	年 月 日		
3			年 月 日	年 月 日		
4			年 月 日	年 月 日		
5			年 月 日	年 月 日		
6			年 月 日	年 月 日		
7			年 月 日	年 月 日		
8			年 月 日	年 月 日		
9			年 月 日	年 月 日		
10			年 月 日	年 月 日		
上記のとおり報告します。 公立学校共済組合沖繩支部長 殿						
			令和 年 月 日	連絡先	-	-
所属機関又は所属所 所属機関の長 職 名 又は所属所長 氏 名						
共済組合受付印						

(R6.12月 改)

被扶養者申告書

- 認定申告
- 取消申告 (資格喪失証明書発行 必要)

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

には該当するものにレ点を記入してください。

所属所名	個人番号による情報連携を利用する書類	裏面一覧(ア)～(キ)から選択			
所属所コード	※公的年金関係、健康保険関係、住民票関係の場合は必要な情報を右欄に記入。(裏面参照)				
組合員氏名	認定(取消)の具体的理由				
組合員番号	認定(取消)の事実発生日	令和 年 月 日			
対象者	フリガナ	生年月日	性別	続柄	職業
	氏名	元号 3 昭 4 平 5 令 元 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 〒()-() <input type="checkbox"/> 別居 (住所記入)	認定区分 (扶養手当受給有無)	年間所得推計額	
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 (認定申告の場合のみ記入) ※裏面の理由を必ずご確認いただき、該当する場合にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 普通認定 (扶養手当受給有)	円	
対象者	フリガナ	生年月日	性別	続柄	職業
	氏名	元号 3 昭 4 平 5 令 元 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 〒()-() <input type="checkbox"/> 別居 (住所記入)	認定区分 (扶養手当受給有無)	年間所得推計額	
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 (認定申告の場合のみ記入) ※裏面の理由を必ずご確認いただき、該当する場合にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 普通認定 (扶養手当受給有)	円	
対象者	フリガナ	生年月日	性別	続柄	職業
	氏名	元号 3 昭 4 平 5 令 元 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	住所	<input type="checkbox"/> 同居 〒()-() <input type="checkbox"/> 別居 (住所記入)	認定区分 (扶養手当受給有無)	年間所得推計額	
	資格確認書発行要否	<input type="checkbox"/> 発行が必要 (認定申告の場合のみ記入) ※裏面の理由を必ずご確認いただき、該当する場合にチェックを入れてください。	<input type="checkbox"/> 普通認定 (扶養手当受給有)	円	
上記のとおり申告します。 〒 [][][][]-[][][][]					
公立学校共済組合沖縄支部長 殿 住所 令和 年 月 日 組合員 氏名					
上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関又は所属所 所属機関の長 職 名 又は所属所長 氏 名					
担当者氏名	連絡先	- -			
※ 共済組合記入欄	認定・取消年月日	令和 年 月 日	(R6.12月 改)I		

- この様式の記入方法は裏面を、必要な添付書類については福利厚生事務の手引きをご参照ください。
- 認定申告の場合、所属所受付日が事実発生日から30日を超えた場合は所属所受付日以降の認定となります。この場合、認定日までの医療費については自己負担となりますのでご注意ください。

【被扶養者申告書記入方法】

1 組合員欄

- (1) 所属所名 : 組合員の所属所名を記入してください。
- (2) 所属所コード : 沖縄県給与計算事務の対象である所属所は「給与支払所属コード」を、幼稚園その他の所属所は福利厚生事務の手引きのコード表を確認のうえ記入してください。
- (3) 組合員氏名 : 住民票に記載のとおり、漢字も正確に記入してください。
- (4) 組合員番号 : 組合員の資格取得時に交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「公立学校共済組合 資格確認書」の記号 公立沖の右側に記載されている番号を記入してください。なお、これらがまだ届いていないときは、任命権者が沖縄県教育委員会の職員は今回の資格取得年月日時点の職員番号を記入し、任命権者が沖縄県教育委員会以外の職員は空欄のままご提出ください。
- (5) 資格喪失証明書
の発行 : 取消申告の場合のみ記入が必要です。資格喪失証明書の発行について、発行が必要な場合は□にレ点を記入してください。
- (6) 個人番号による
情報連携を利用
する書類 : 個人番号による情報連携を利用する場合、利用する書類を下記一覧「情報連携が可能な書類」の(ア)～(キ)の中から選択してください。

【個人番号による情報連携とは】

個人番号(マイナンバー)による情報連携を利用することを希望した場合、組合員や被扶養者の所得情報等について、公立学校共済組合から関係機関に情報照会をすることが可能となります。情報連携を利用することで、次の添付書類は省略可能となります。なお、情報連携の対象は組合員及び認定対象者(新規除く)のみです。新規認定対象者(過去に認定歴のない方)及び扶養義務者は対象外ですのでご注意ください。

申告	情報連携が可能な書類	備考
認定申告 取消申告 いずれも可能	(ア) 所得証明書	福利厚生事務の手引きに掲載されている「同意書(情報連携)」を添付してください。
	(イ) 公的年金の年金額改定通知書または年金額決定通知書の写し	年金支給機関名を記入してください。(例: 日本年金機構)
	(ウ) 雇用保険受給資格者証	ハローワークで手続済の内容のみ情報連携が可能です。
	(エ) 特別障害給付金額等を示す書類	
	(オ) 被扶養者に係る年金生活者支援給付金額等を示す書類	
取消申告 のみ可能	(カ) 新しい就職先の健康保険者情報	被扶養者が就職し、取消申告をする場合に情報連携が可能です。就職先の保険者名を記入してください。(例: 協会けんぽ)
	(キ) 住民票の写し	同居要件のある親族が組合員と別居し、取消申告をする場合に情報連携が可能です。事実発生日時点の居住市町村名を記入してください。(例: 那覇市)

【情報連携についての留意事項】

- ・ 情報連携を利用する場合であっても個人番号(マイナンバー)の報告は不要です。当様式への必要事項記入により情報連携可能です。
- ・ 情報連携を利用した場合、照会結果を得るまでに1週間程度の期間を要します。お急ぎの方は紙媒体で書類を提出してください。
- ・ 情報連携の結果、十分な内容確認ができなかった場合は紙媒体での書類提出が必要です。

- (7) 認定(取消)の
具体的理由 : 内容が分かるよう、具体的に記入してください。
- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------------------------|
| 認定申告例 | 出生、婚姻、離職、収入減少、主たる扶養者の変更等 | 取消申告例 | 就職、収入増加、送金停止、主たる扶養者の変更等 |
|-------|--------------------------|-------|-------------------------|
- (8) 認定(取消)の
事実発生日 : 事実発生日を記入してください。

2 認定(取消)対象者欄

- (1) 氏名 : 住民票に記載のとおり、漢字も正確に記入してください。フリガナはカタカナで記入してください。
- (2) 生年月日 : 元号は該当する番号を記入してください。生年月日は右図を参照し記入してください。
- (3) 性別 : 該当する番号にレ点を記入してください。
- (4) 続柄 : 続柄または続柄コード(詳細は福利厚生事務の手引き参照。)を記入してください。

元号	3	期	4	平	5	命
元号	年	月	日			
3	6	3	0	5	0	3

続柄コード	01夫 02妻 10配偶者の子 11長男 12二男 13三男 14四男 20養子 21長女 22二女 23三女 24四女 31父 32養父 33義父 41母 42養母 43義母 51兄 52弟 53祖父 57孫 61姉 62妹 63祖母 90子の配偶者
-------	---

- (5) 認定区分 : 次の説明を確認のうえ、該当する番号にレ点を記入してください。

1. 普通	認定(取消)対象者が、給与条列上の扶養親族として認定されている場合。
2. 特別	上記「1 普通」の条件に該当しない場合。

- (6) 住所 : 住民票の住所を「字」や建物名、部屋番号等を省略せず正確に記入してください。なお、国内居住要件の例外に該当する場合は、住所欄に郵便番号「999-9999」、「国内居住要件の例外に該当」、「国名」を記載してください。(右記参照)

【例】 住所	〒 9 9 9 9 - 9 9 9 9 < 同居・別居 > (国内居住要件の例外に該当) アメリカ
-----------	--

【国内居住要件とは】

被扶養者については、国内居住要件を満たすこと(日本国内に住民票があること)が認定要件となっています。ただし、住民票が国内にあっても、明らかに日本での居住実態がないことが判明した場合は国内居住要件を満たさないものとします。なお、日本国内に住民票がなくても、次に掲げる者は「国内居住要件の例外に該当」するものとして認定可能です。福利厚生事務の手引きを確認のうえ必要書類を添付してください。

- ① 外国において留学をする学生
- ② 外国に赴任する組合員に同行する者
- ③ 観光、保養又はボランティア活動その他就労以外の目的で一時的に海外に渡航する者
- ④ 組合員が外国に赴任している間に当該組合員との身分関係が生じた者であって、②と同等と認められるもの
- ⑤ ①から④までに掲げるもののほか、渡航目的その他事情を考慮して日本国内に生活の基礎があると認められる者

- (7) 職業 : 職業を記入してください。(アルバイト等を含む。)
- (8) 年間所得推計額 : 事実発生日から向こう1年間の年間所得推計額を記入してください。
- (9) 資格確認書
発行要否 : 資格確認書の発行が必要な場合(※)は「□発行が必要」にチェックを入れてください。 ※以下の理由に該当する場合に限り交付します。
- ① マイナンバーカードを取得していない、または返納したため
 - ② マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため
 - ③ マイ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため
 - ④ マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため

- (10) 本人申告欄 : 「上記のとおり申告します。」と記載された欄について、申告日、組合員住所、組合員氏名を記入してください。

3 事務担当者、所属機関の長又は所属所長記入欄

- (1) 所属機関又は
所属所受付印 : 所属機関又は所属所受付印を押印してください。所属所受付印がない場合は、公立学校共済組合沖縄支部担当者にご相談ください。
- (2) 所属機関の長
又は所属所長 : 所属機関の長又は所属所長の証明日、所属機関又は所属所名、職名、氏名を記入してください。
- (3) 担当者欄 : 担当者氏名、連絡先を記入してください。

4 添付書類

被扶養者申告書の添付書類については、福利厚生事務の手引きを確認してください。

扶養事実申立書

(特別認定用)

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名

認定対象者		性別	続柄	年齢	区分	認定区分
氏名		1.男 2.女			同居・別居	02
職業	有()・無	雇用保険法に基づく失業給付		有(手続中含む) 無		

年間総収入の見込み額 _____ 円

< 内訳 > ※事実発生日から将来1年間の見込みとして、現時点で想定できる金額をご記入ください。

・国民年金	年 _____ 円	・給与(アルバイト等含む)	年 _____ 円
・厚生年金(遺族年金含む)	年 _____ 円	・自営業、農業等	年 _____ 円
・共済年金(遺族年金含む)	年 _____ 円	・資産(地代、家賃、利子等)	月 _____ 円
・障害を事由とする年金等	年 _____ 円	・雇用保険の基本手当日額	日 _____ 円
・個人年金	年 _____ 円	・組合員からの送金額(※)	年 _____ 円
・手当金(傷病、育休等)	年 _____ 円	(※) 認定対象者が子と配偶者以外の場合に記入。	
・その他()	年 _____ 円		

組合員以外の 扶養義務者	氏名	認定対象者 からみた続柄	区分	年齢	職業	年間総収入の 見込み額
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			
			同居・別居			

扶養事実申立

< 該当する方に○を付けてください。 >

- 当認定を受けようとする者は主に組合員の収入により生活して います。 ・ いません。
- 組合員及び扶養義務者について所得証明書記載内容と今後の収入見込みに大幅な変更が あります ・ ありません。 →”あります。”の場合収入見込額がわかる書類の添付要
- 当認定を受けようとする者の収入は130万円※1 未満です。 ・ 以上です。
(※1 障害年金受給要件該当または60歳以上の者は180万円)

< 組合員の扶養が必要な理由について >

- 現在の扶養の状況や、組合員以外の者が扶養できない理由を詳細に記入してください。

上記のとおり、認定を受ける者は、私が扶養していることを申し立てます。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 組合員 住所
氏名

退職証明書兼雇用保険未加入証明書

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

退職者 { 氏 名
在職時住所
生 年 月 日 昭・平 年 月 日

入 社 日 昭・平・令 年 月 日

退 職 日 平・令 年 月 日

在職中、雇用保険の加入の有無 有 ・ 無

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
連絡先

印

- -

給与支払証明書

被 雇 用 者

氏 名 : _____

住 所 : _____

〈 雇 用 形 態 〉

雇用開始日	年 月 日 期間の定め(有・無)	離職日	年 月 日
契約期間	年 月 日から 年 月 日まで		
健康保険の適用	有 ・ 無	雇用保険の適用	有 ・ 無
給与形態	月額 ・ 日額 ・ 時給 単価 円		
勤務形態	1月あたりの平均労働日数 日	1日あたりの平均労働時間	時間
その他の手当	通勤手当 円/(月・日) ・その他()		
給与支給日	日締め、(当月・翌月) 日払い、金融機関休業日は(翌・前)営業日払い		

〈 給与等の支払(見込)額 〉

☆令和 年 月 月の前3ヶ月分と向こう1年間の支払実績(見込)額をご記入下さい。
(扶養事実発生月)

支払年月日(給与支給日)	区分 (○で囲む)	給与総支給額 (通勤・その他手当を含む)	賞与等	※共済記入欄
年 月 日	実績	円	円	
年 月 日	実績	円	円	
年 月 日	実績	円	円	
☆ 年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
年 月 日	実績・見込	円	円	
合 計		円	円	

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

印

送金証明書

所属所コード	所属所名	組合員番号	組合員氏名

被扶養者(送金を受けている者)												
氏名	フリガナ					生 年 月 日			性別	続柄	認定区分	
						元号	3.昭	4.平			5.令	男・女
						元	年	月	日			
住所(別居)	〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>											

送金状況	<p>< 該当する方に○を付け、必要事項を記入してください。 ></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 送金の方法 <u>銀行振込</u> ・ 現金書留 ・ その他() ・ 送金時期 <u>毎月</u> () 日 ・ その他() ・ 一回の送金額 <u>定額</u> 円 ・ 変動 <input type="checkbox"/> ※ 送金一覧を作成し添付してください。 <p>< 送金の事実が確認できる書類(扶養事実発生月分を含む)を添付 ></p>
------	--

【別居している被扶養者の認定判定表】※A～Cは必ずご記入下さい。

組合員の年間送金額	A	円	<p>下記に当てはまる場合は認定可能</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A 組合員の年間送金額</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">≥</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">E 送金基準額</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">且つ、</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">A 組合員の年間送金額</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">></td> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;">B 組合員以外の年間送金(負担)額</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: 0.8em;">※送金(負担)者が複数いる場合は個別の金額で判断する。</td> </tr> </table>		A 組合員の年間送金額	≥	E 送金基準額	且つ、			A 組合員の年間送金額	>	B 組合員以外の年間送金(負担)額	※送金(負担)者が複数いる場合は個別の金額で判断する。		
A 組合員の年間送金額	≥	E 送金基準額														
且つ、																
A 組合員の年間送金額	>	B 組合員以外の年間送金(負担)額														
※送金(負担)者が複数いる場合は個別の金額で判断する。																
+	B	円														
+	C	円														
	D	円														
被扶養者の全収入	D	円	÷ 3 =	E	円											

上記のとおり申し立てます。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

住所
組合員
氏名

取消に関する申立書 (特別認定用)

組合員番号	組合員氏名

取消対象者氏名	生 年 月 日			
	元号 3.昭 4.平 5.令			
	元	年	月	日

<該当する方の□にレ点を付けてください。>

上記の被扶養者について、前回の認定(新規認定、継続認定、または検認時)から、今回の取消日までの間、収入は、

全くありません。

収入はあるが、3か月連続で基準月額(108,334円)を超える月はありません。
(※ 公的年金受給者の場合は、基準月額:15万円。)

申立理由・・・(※ 組合員の意思等による取消の場合は、理由を記入してください。)

上記のとおり、令和 年 月 日をもって取消します。

上記のとおり申し立てます。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日 組合員氏名

紛失届

所属所名	組合員氏名	紛失した証等 (該当にレ点)			
		<input type="checkbox"/> 組合員証	<input type="checkbox"/> 限度額認定証	<input type="checkbox"/> 組合員被扶養者証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受領証
所属所コード	組合員番号	<input type="checkbox"/> 船員組合員証	<input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<input type="checkbox"/> 船員組合員被扶養者証	<input type="checkbox"/> 資格確認書
		<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額 減額認定申請書			
対象者氏名			続柄	生年月日	
				元号 3.昭 4.平 5.令	
				元	年
				月	日
<p>《 紛失理由 》 いつ、どこで、誰が、どのような状態で亡失したか等、詳細に記入してください。</p> <p>※ この届出は、資格喪失または記載事項等変更の際に、証等の返還ができない方が提出する書類になります。 再交付を希望の場合は、「(再)交付申請書」を提出ください。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					
<p>公立学校共済組合沖縄支部長 殿</p> <p>資格喪失または組合員証等の記載事項等変更の際に、証等を返還するところですが、上記理由により返還することができないため届出ます。</p> <p>なお、紛失した証等が不正に使用された場合は、私の責任において処理します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">組合員 氏名</p> <p style="text-align: right;">連絡先 - -</p>					

(R6.12月 改)

※「証等」: 公立学校共済組合から交付を受けた組合員証、被扶養者証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証、高齡受給者証、資格確認書のこと。

1. 対象者が複数人いる場合は、人数分作成してください。
2. 紛失等の場合は悪用される恐れがありますので、警察に届出することをお勧めします。

記載事項等変更申告書

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

↓「1」または「2」どちらかの□の中にレ点を記入してください。

所属所名		<input type="checkbox"/> 1. 個人番号による情報連携を利用します。	
所属コード		<input type="checkbox"/> 2. 個人番号による情報連携を利用しません。	
組合員氏名		変更対象者	
組合員番号			
変更理由	<input type="checkbox"/> 住所変更	<input type="checkbox"/> 組合員本人	被扶養者氏名
	<input type="checkbox"/> 氏名変更等	<input type="checkbox"/> 被扶養者	
	<input type="checkbox"/> 指定口座変更	※右欄へ氏名記入	

変更事項 (変わった所のみ記入してください。)										
新住所	〒 <input type="text"/> 住所変更日 令和 年 月 日									
	氏名変更等	旧	フリガナ	<input type="text"/>						性別
		氏名	<input type="text"/>							
新		改姓日	令和 年 月 日	生年月日				元号 3 昭 4 平 5 令		
		フリガナ	<input type="text"/>						元	年
	氏名	<input type="text"/>								
※氏名変更等に伴う資格確認書の再交付は、マイナ保険証の保有状況等を確認し、マイナ保険証を利用できない方には、職権で交付します。(申請不要) なお、マイナ保険証を利用できる方は、交付対象外です。										
指定口座 (組合員名義)	コード	金融機関名	本・支店 コード	本・支店名	口座番号	※数字は右詰で記入し、左欄の 余白は0で埋めてください。				
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

上記のとおり申告します。

〒

公立学校共済組合沖縄支部長 殿 住所

令和 年 月 日 組合員 氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

連絡先

- この様式の記入方法は裏面をご参照ください。 (R6.12月 改)
- 必要な添付書類については福利厚生事務の手引きをご参照ください。
- 口座名義が変更となる場合は、銀行等への変更手続き終了後にご提出ください。

【記載事項等変更申告書記入方法】

1 組合員欄

- (1) 所属所名 : 組合員の所属所名を記入してください。
- (2) 所属所コード : 沖縄県給与計算事務の対象である所属所は「給与支払所属コード」を、幼稚園その他の所属所は福利厚生事務の手引きのコード表を確認のうえ記入してください。
- (3) 組合員氏名 : 住民票に記載のとおり、漢字も正確に記入してください。
- (4) 組合員番号 : 組合員の資格取得時に交付された「資格情報のお知らせ」もしくは「公立学校共済組合 資格確認書」の記号 公立沖の右側に記載されている番号を記入してください。
- (5) 変更理由 : 該当するものにレ点を記入してください。
- (6) 個人番号による情報連携 : 「1 個人番号による情報連携を利用します。」「2 個人番号による情報連携を利用しません。」のいずれかにレ点を記入してください。

【個人番号による情報連携とは】

個人番号(マイナンバー)による情報連携を利用することを希望した場合、組合員や被扶養者の住所情報等について、公立学校共済組合から関係機関に情報照会をすることが可能となります。情報連携を利用することで、次の添付書類は省略可能となります。

申告	情報連携が可能な書類
住所変更 氏名変更等	住民票の写し

【情報連携についての留意事項】

- ・情報連携を利用する場合であっても、個人番号(マイナンバー)の報告は不要です。レ点の記入のみで情報連携可能です。
- ・情報連携を利用した場合、照会結果を得るまでに1週間程度の期間を要します。お急ぎの方は紙媒体で書類を提出してください。
- ・情報連携の結果、十分な内容確認ができない場合は、紙媒体での書類提出を求めることがあります。

- (7) 変更対象者 : 対象者にレ点を記入してください。
- (8) 被扶養者氏名 : 変更の対象となる被扶養者氏名を記入してください。

2 変更事項欄 (変わった所のみ記入してください。)

- (1) 新住所 : 住民票の住所を「字」や建物名、部屋番号等を省略せず正確に記入してください。
なお、国内居住要件の例外に該当する場合は、住所欄に郵便番号「999-9999」、「国内居住要件の例外に該当」、「国名」を記載してください。(右記参照)
- (2) 氏名変更等 : 旧氏名、新氏名について、住民票に記載のとおり、漢字も正確に記入してください。
- (3) 指定口座 : 原則、指定金融機関(琉球銀行もしくは沖縄銀行)で登録ください。指定金融機関以外を登録する場合は、当該銀行コードを記入ください。数字は右詰で記入し、余白は0で埋めてください。

【例】 住所	〒	9	9	9	-	9	9	9	9	住所変更日	R2年4月1日
	(国内居住要件の例外に該当) アメリカ										

【例】 指定口座 (組合員名義)	コード			金融機関名	本・支店 コード	本・支店名	口座番号	※数字は右詰で記入し、左欄の 余白は0で埋めてください。							
	0	1	8	7	琉球銀行	0		1	2	〇〇支店	0	9	8	7	6

- (4) 本人申告欄 : 「上記のとおり申告します。」と記載された欄について、申告日、組合員住所、組合員氏名を記入してください。

3 所属機関の長又は所属所長記入欄

- (1) 所属機関又は所属所受付印 : 所属機関又は所属所受付印を押印してください。所属所受付印がない場合は、公立学校共済組合沖縄支部担当者にご相談ください。
- (2) 所属機関の長又は所属所長証明欄 : 所属機関の長又は所属所長の証明日、所属機関名又は所属所名、職名、氏名、連絡先を記入してください。

4 添付書類

記載事項等変更申告書の添付書類については、福利厚生事務の手引きを確認してください。

所属機関又は所属所受付印

任意継続組合員申出書

退職時の所属所名 所属所コード	退職時の組合員 記号番号	氏名	性別	生年月日			
	公 立 沖		男	元号	年	月	日
			女	昭・平			
退職年月日		組合員期間	退職時の満年齢	退職時の標準報酬の月額			
年号	年	月	日	年	月		
令和						才	
				標準報酬の等級: 第()級			
				円			
退職日以降 住所変更のある方		新住所	〒 - 【電話番号: - - - - -】				
			転居予定日 (年 月 日) 納付書の送付先 (旧住所 ・ 新住所) ○で囲んでください。 ※申出時に転居予定がある場合に記入してください。 (任意継続加入後に転居の場合は、「記載事項等変更申告書」の提出が必要です)				
掛金納付方法 (いずれかに○すること)		1. 1年前前納		2. 半年前前納		3. 毎月納付	
資格確認書 発行要否		<input type="checkbox"/> 発行が必要 ※マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。 (以下の理由に該当する場合に限り交付します) (1)マイナンバーカードを取得していない、または返納したため (2)マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため (3)マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため (4)マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため					
備 考							
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。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 〒 - - 住所 申出者 氏名 【電話番号: - - - - -】							

1. 組合員期間は、勤務年数の期間を記入してください。
 2. 退職して翌日以降に住所を変更される場合は記載事項等変更申告書を提出ください。
 3. 退職前に認定されていた被扶養者は引き継がれますが、認定の継続を希望しない場合は、「任意継続組合員申出時の被扶養者取消確認書」を提出してください。
 4. 認定を継続する場合は、被扶養者の要件を満たしているか確認してください。
継続認定の方は、年に1度被扶養者の要件を満たしているかの確認「検認」を行います。
- ※ 申出日は、退職日以降の日付となります。

共済組合受付印

(R6.12月 改)

所属機関又は所属所受付印

任意継続組合員申出時の被扶養者継続認定(取消)確認書

※任意継続の加入申出をする組合員に被扶養者がいる場合は必ず提出してください。

- 継続認定について
現在、認定を受けている被扶養者について、継続認定を希望する場合は「継続認定」にレ点を記入し、対象の被扶養者情報を記入してください。
※年に1度被扶養者の要件を満たしているを確認するため、「検認」を行います。
- 取消しについて
扶養替えや就職等により認定の継続を希望しない場合は、「取消」にレ点を記入し、対象の被扶養者情報を記入してください。(処理後に喪失証明書を交付します。)

□には該当するものにレ点を記入してください。

継続認定(取消)を受けようとする者												
□ 継続認定 □ 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)					生年月日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ					元号	3.昭	4.平	5.令	1.男 2.女	
氏名					元	年	月	日				
住所 〒□□□□ - □□□□□ <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)												
(組合員と別居の場合に記入)												
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。												
資格確認書発行の可否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)												
□ 継続認定 □ 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)					生年月日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ					元号	3.昭	4.平	5.令	1.男 2.女	
氏名					元	年	月	日				
住所 〒□□□□ - □□□□□ <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)												
(組合員と別居の場合に記入)												
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。												
資格確認書発行の可否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)												
□ 継続認定 □ 取消	対象者	氏名(フリガナは左詰、姓と名は1字あける)					生年月日			性別	続柄	認定区分
		フリガナ					元号	3.昭	4.平	5.令	1.男 2.女	
氏名					元	年	月	日				
住所 〒□□□□ - □□□□□ <同居・別居> (どちらかに○をつけてください。)												
(組合員と別居の場合に記入)												
(継続認定の場合のみ記入) マイナ保険証利用可能な方は発行対象外です。												
資格確認書発行の可否: <input type="checkbox"/> 発行が必要 (様式下欄の※の理由に該当する場合にチェックを入れてください。)												

上記のとおり申告します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

年 月 日

組合員番号 公共沖

(組合員)

〒□□□□ - □□□□□

住所

氏名

※ 資格確認書発行理由(以下の理由に該当する場合に限り交付します。)

- マイナンバーカードを取得していない、または返納したため
- マイナンバーカードを保有しているが健康保険証利用登録を行っていない、または利用登録を解除したため
- マイナ保険証での受診が困難で、介助者等の第三者が同行して資格確認を補助する必要があるため
- マイナンバーカードの電子証明書の有効期限が切れた、または紛失・更新中のため

共済組合受付印

--

任意継続組合員資格喪失申出書

共済組合受付印

任意継続組合員記号番号	公 立 沖 <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> 号
「1」または「2」どちらかの□の中にレ点を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 1.個人番号による情報連携を利用します。	
<input type="checkbox"/> 2.個人番号による情報連携を利用しません。	
<p style="text-align: center;">地方公務員等共済組合法第144条の2第5項の規定による、下記の理由により 任意継続組合員でなくなることを申し出ます。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>理 由 _____</p> <p style="text-align: center;">公立学校共済組合沖縄支部長 殿</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〒 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">申出者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	

1. 喪失後は、公立学校共済組合から交付を受けた証等を速やかに送付(返却)してください。
2. 共済組合の組合員又は健康保険の被保険者となった場合、就職証明書又は健康保険の適用日がわかるものの写しを添付してください。
3. 個人番号を利用した情報連携により、医療保険資格情報に係る書類の添付が省略できます。ただし通常の処理期間に加えて1週間程度の期間を要します。

(R6.12月 改)

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

特定疾病療養受療証交付申請書

組合員番号	公立沖		組合員氏名		
認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	昭 平 令	年 月 日	組合員との続柄
認定対象者の住所					
疾 病 名	1. 血友病 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群				

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けることに相違ありません。 令和 年 月 日		
	住 所 保険医療機関等 医療機関名 医 師 名		
	印		
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">連 絡 先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	連 絡 先	— —
連 絡 先			
— —			

上記のとおり申請します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿	〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/>
令和 年 月 日 申告者 (組合員) 氏 名	住 所

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">連 絡 先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	連 絡 先	— —
連 絡 先			
— —			
所属機関又は所属所 所属機関の長 職 名 又は所属所長 氏 名			

1. 該当する疾病名の数字を○で囲んでください。
2. 所属所受付印欄は、必ず押印してください。

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

組合員	組合員番号		減額対象者	氏名	
	氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日
	生年月日	昭・平・令 年 月 日		住所	

入院（通院）予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
長期入院（91日以上）	該 当 ・ 非 該 当	
①	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日 間
	入院した保険医療機関等	名 称 所在地
②	申請日の前1年間の入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで 日 間
	入院した保険医療機関等	名 称 所在地

上記のとおり申請します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿 住 所

令和 年 月 日 組合員 氏 名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関又は所属所
所属機関の長 職 名
又は所属所長 氏 名
連 絡 先

1. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。 (R6.12月 改)

【添付書類】次のいずれかを添付してください。

- 組合員の市町村民税非課税証明書又は所得証明書(組合員及び被扶養者が共に市町村民税非課税に該当する場合は、全員分の提出が必要です。)
 - ※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要となります。
- 個人番号による情報連携を利用することを希望の場合、「同意書(情報連携)」を添付してください。(この場合、所得証明書(市町村民税非課税証明書)の添付は不要ですが、照会結果を得るまでに一定期間を要します。)

公立学校共済組合限度額適用認定申請書

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	備考	
所属所コード	組合員番号		
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
申請の日の属する月の標準報酬月額	円(掛金の基礎となる標準報酬月額)		判定 ※
適用対象者氏名		続柄コード	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		
入院(通院)予定期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
医療機関名	Tel — —		

上記のとおり申請します。

〒 —

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日 住所
組合員 氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関又は所属所
所属機関の長 職 名
又は所属所長 氏 名
連絡先

- ※欄は記入しないでください。 (R6.12月 改)
- 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。
- 「マイナ保険証」を利用すれば、申請は不要です。利用方法等については、受診されている医療機関等にご確認ください。

	出 産 費 (同附加金)	請 求 書
	家 族 出 産 費 (同附加金)	

組合員が記入するところ	所属所コード				*被扶養者が出産する場合、「*印」欄も記入してください。					
	所属所名									
	組合員番号	公立沖			*被扶養者氏名	(フリガナ)				
	組合員氏名									
	組合員の生年月日	昭和 平成	年	月	日	*被扶養者の認定年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	資格取得年	昭和 平成 令和	年	月	日		*被扶養者で認定されて6ヶ月以内に出産される方は、従前加入していた保険者名を記入してください。 (記入例) ○○市国民健康保険・全国健康保険協会 など			
	資格喪失年	令和	年	月	日					
	*被扶養者で認定されて6ヶ月以内に出産し且つ従前加入していた保険に出産育児一時金等の受給権を持っている方は、「1」または「2」どちらかの□の中にレ点を記入してください。 □1.他の医療保険における支給情報の確認について、個人番号による情報連携を利用します。 □2.他の医療保険における支給情報の確認について、個人番号による情報連携を利用しません。									
	出産児氏名		(戸籍上の続柄:長男等)			(生年月日)	月	日		
			(戸籍上の続柄:長男等)			(生年月日)	月	日		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※ご希望の場合□の中にレ点を記入してください。										
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合沖縄支部長 殿 令和 年 月 日 〒 <input style="width: 50px;" type="text"/> - <input style="width: 50px;" type="text"/> 組合員 住所 (請求者) 氏名										
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 所属機関の長 職名 又は所属所長 氏名 連絡先 - -										

※決定金額	法定給付	
	直接支払額	
	差引支給額	
	附加給付額	
	合計	

※ 医療機関等への直接支払制度を利用された場合、分娩費を医療機関等へ支払った残りの額について給付することになります。

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 添付書類 …
 - ① 分娩費用明細書など医療機関等の代理受取額が明記され、産科医療補償制度加入の場合、その証明印等が確認できる書類(写し可)
 - ② (直接支払制度を活用する方のみ) 直接支払制度合意文書(写し可)
 - ③ (被扶養者が認定日後6ヶ月以内に出産する場合で、認定日前まで1年以上健康保険組合等の被保険者または組合員だった方のみ)
 当該健康保険組合等が発行した出産育児一時金等の受給権放棄が確認できる書類 ※ただし、直接支払制度を活用する方又は他の医療保険における支給情報について個人番号による情報連携を利用する場合は、添付を省略することができます。(ただし、個人番号による情報連携を利用する場合は、通常の処理期間に加えて1週間程度の期間を要します。)
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

※医療機関等への直接支払制度による受給を活用されていない場合、下記に証明をもらってください。

医師又は助産師の証明書	
上記の者は、令和 年 月 日に出産・流産・早産・死産【(単・胎)(妊娠 ヶ月)】したことを証明する。 なお、産科医療補償制度に「加入・未加入」している出産であることを併せて証明する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">住 所 氏 名 電 話 番 号</div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">— — 印</div>	

同意書
Letter of Consent

公立学校共済組合沖縄支部 御中

私（海外出産をした者）、_____は、公立学校共済組合沖縄支部の職員又は公立学校共済組合沖縄支部が委託した事業者が自ら、私が提出した出産育児一時金の支給申請書類に記載された事実（出産を行った日時、場所、内容等）を確認するため、当該海外出産の介助を行った者（海外の医療機関等）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。

なお、国や地域、医療機関から別途同意書や委任状等を求められた場合、当該書類に必要事項を記載することや、その他の書類が必要となる場合に当該必要書類の提示等に協力することも、併せて同意します。

To: Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Okinawa Branch

I, as a person who deliver overseas, authorize Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Okinawa Branch and its outsourcing contractor(s) to refer and obtain any and all factual information related to my application document(s) for Childbirth Lump-Sum Allowance including information of delivery date, place, and any treatment records from the delivery assistance (medical organization etc.) in order to verify the fact of the delivery. Further, I agree to fill out other document(s) if countries, regions or medical organizations require to submit consent letter or authorization letter in their format, and agree to provide help to submit other document(s) if it is necessary along verification process written above.

- ・ 出産日 ____年__月__日
- ・ Delivery date Year____ Month__ Day

- ・ 海外出産をした者
(氏名 (自署)) _____ 印
(住所)
(生年月日) ____年__月__日

- ・ Person who deliver overseas
(Name)
(Address)
(Date of birth) Year____ Month__ Day

(あて先)

出産育児一時金等支給申請書(受取代理用)

申請者(被保険者、世帯主又は組合員)が記入するところ	被保険者証	記号	公立沖	番号		
	申請者(被保険者、世帯主又は組合員) <small>※「申請者」は健康保険・船員保険の場合は被保険者、国民健康保険の場合は世帯主又は組合員となります。</small>	氏名	(フリガナ)			
		住所	〒 (フリガナ)			
		生年月日	年	月	日	電話 ()
	出産予定日・数	年 月 日 単・多(胎)				
	出産予定者 <small>※申請者と同一の場合は不要です</small>	氏名	(フリガナ)			
		生年月日	年	月	日	
	出産予定医療機関等	名称	(フリガナ)			
		所在地	〒 (フリガナ)			
	申請者に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組				店・本店 支店・出張所
預金種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する ※ご希望の場合口の中にレ点を記入してください。						
申請者又は出産予定者が出産予定日から6か月以内に健康保険又は船員保険の資格を既に喪失している場合は、以下のいずれかに記載をお願いします。 <small>※ 健康保険法第106条又は船員保険法第73条の規定により、1年以上健康保険又は船員保険の被保険者であった方が被保険者資格喪失後、6か月以内に出生された場合、資格を喪失した最後の保険者から出産育児一時金の支給を受けることができます。</small>						
申請者本人の退職等により、健康保険又は船員保険の被保険者資格喪失後、6か月以内に出生することによる申請である場合、資格喪失後に加入している保険者名と記号・番号			保険者名			
申請者本人の家族が被扶養者認定後、6か月以内に出生することによる申請である場合は、その家族が被扶養者認定前に加入していた保険者名と記号・番号			保険者名			
受取代理人の欄	申請者() (以下「甲」という。)は、医療機関等である() (以下「乙」という。)を代理人と定め、次の権限を委任します。また、甲は、出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度は利用しません。 甲が請求する出産育児一時金等のうち、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。 ※ 出産育児一時金等の支給額(保険者が出産育児一時金に係る付加給付を行う場合には、付加相当額を含む)を上限とする。					
	令和 年 月 日					
	甲の住所 氏名 乙の所在地 名称 電話 ()					
	受取代理人に対する支払金融機関	銀行 金庫 信組				店・本店 支店・出張所
預金種別		1:普通 4:通知 2:当座 5:貯蓄 3:別段	口座番号	口座名義	(フリガナ)	
(備考欄) 上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。						
所属機関の長 職名 又は所属所長 氏名						

埋葬料 (同附加金)

家族埋葬料 (同附加金)

請求書

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	死亡者続柄コード	※事由発生日				※決定金額	
所属コード	組合員番号		元号	年	月	日	埋葬料	
							家族埋葬料	
							附加給付額	
							合計	

死亡者氏名		死亡者生年月日	昭平令	年	月	日
死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の場所	
死亡の原因	<input type="checkbox"/> 公務(通勤)による死亡 <input type="checkbox"/> 上記以外による死亡 (死亡の原因:)					
埋葬年月日	令和	年	月	日		
介護保険法による給付を受けたとき	保険者番号		被保険者番号		保険者の名称	

受取金融機関 (組合員以外の者が請求者の場合のみ記入してください)

金融機関	銀行コード	支店コード	預種	口座番号	銀行名	支店名
			普			
指定口座						
口座名義人 (カタカナ)					※ 請求者と口座名義人は同一人であること。	

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

〒 [] - []

住所

令和 年 月 日

組合員 (請求者) 氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
- -

所属機関又は所属所

所属機関の長 職名

又は所属所長 氏名

- ※印欄は記入しないでください。
- 「埋火葬許可証」の写、又は同証の発行証明書を添付してください。
- 組合員が死亡し、被扶養者以外の者が埋葬料を請求する場合、埋葬に要した費用の額に関する証拠書類を添付してください。この場合の給付額は、埋葬料の範囲内で実際に埋葬に要した費用に相当する額(附加金と合わせて最大75,000円)です。
- 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

共済組合受付印

支払未済給付金請求書

受給権者	組合員番号	組合員氏名	組合員の生年月日	組合員の死亡年月日
			昭和 平成 年 月 日	令和 年 月 日

請求者	フリガナ		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名			
	個人番号		組合員との続柄	
	公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 利用しない(下記受取金融機関を記入してください)			

受取金融機関	金融機関名	支店名	預種	口座番号	銀行コード	支店コード
			普			
	口座名義 (カタカナ)	※ 請求者と口座名義人は同一人であること。				

上記のとおり請求します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

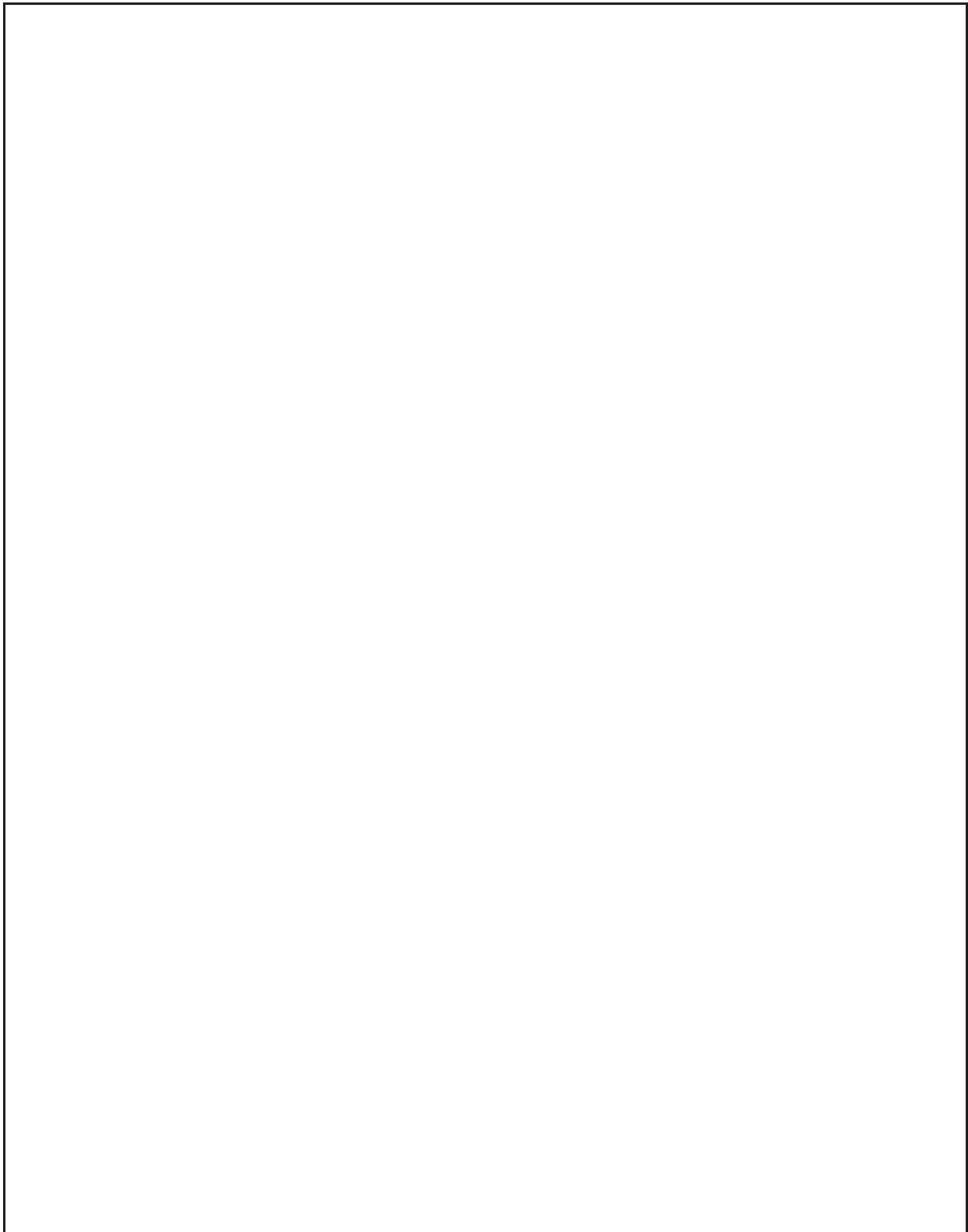
令和 年 月 日 請求者 住所
氏名

- 請求者は受給権者の死亡当時、受給権者と生計を共にしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、三親等内(甥姪、曾祖父母、叔伯父母等)の親族です。
- 給付を受ける相続の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹、三親等内の親族の順序です。前順位の方がいる場合、後順位の方は請求できません。
- 給付を受けるべき同順位者が複数いるときは、そのうちのどなたが請求者になっても差し支えありません。
- 死亡した組合員と請求者の住所が異なる場合や、組合員の死亡当時生計を共にしていた者がいない場合は、公立学校共済組合沖縄支部にご連絡下さい。
- 添付書類・・・
 - 死亡した組合員と請求者との身分関係を明らかにすることができる書類(戸籍謄本等)
 - 生計同一関係を証する書類(請求者の住民票等)
 - 受取金融機関の口座を明らかにする書類(請求者の預金通帳の写し等)

住 居 の 被 害 明 細 書

組 合 員 氏 名		家 族 の 構 成			
		氏 名	続 柄	年 齢	職 業
所 属 所 名					
住 居 の 総 面 積	m ²				
被 害 面 積	m ²				
住 居 の 区 分	自 宅 借 家 借 間 下 宿				
	公 営 住 宅 公 務 員 宿 舎				
住 所 附 近 の 略 図					

住 居 の 平 面 図



記入上の注意

1. 被害箇所は赤線で明示し、各室の名称と面積を記入してください。
2. 物置及び門・塀・石垣・垣根等は、住居でないので記入しないでください。
3. 罹災状況写真を添付してください。

1. 家屋の損害額

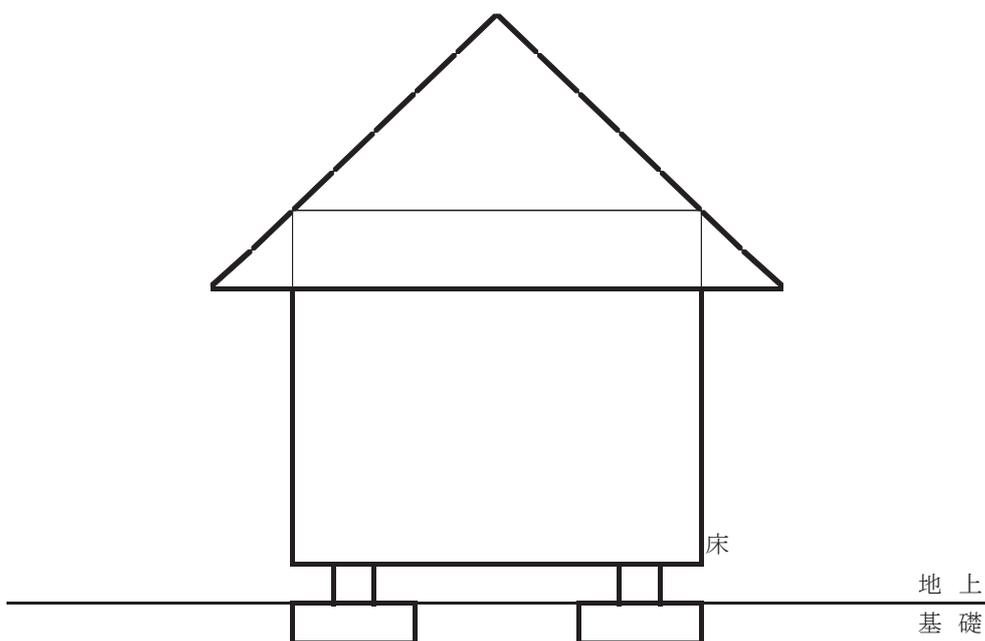
住居全部の価格

	円
--	---

住居の損害額

	円
--	---

2. 断面図 (水没のときは、水位を記入すること。)



記入上の注意

1. 家屋の種別欄には、木造・鉄筋コンクリート造・平屋建・二階及び三階建等の別を記入してください。
2. 災害の種別欄には、水害・火災・震災・その他の別を記入してください。
3. 損害の内訳欄には、品目別ごとに時価換算による損害額を記入してください。
(現状復旧にかかる見積書を徴して記入すること。)
4. 断面図については、床上水位、傾斜角度、損害の状態を赤線で記入してください。

別紙 2

家財の被害明細書

区分	品目	罹災前の数量・金額			左のうち被災した数量及び損害額		
		単位	数量	金額	数量	金額	流失・消失・破損等の別
寝具類	布団						
	毛布						
衣類	男物衣服類						
	女物衣服類						
	靴類						
家具類	タンス						
	戸棚						
	応接セット						
	カーテン						
	その他						
書画	図書						
	絵画						
	レコード類						
電気器具・炊事用具・その他	テレビ						
	ビデオ						
	冷蔵庫						
	洗濯機						
	炊飯器						
	電子レンジ						
	ガス器具						
	掃除機						
	乾燥機						
	食器類						
	自動車						
	自転車						
	バイク						
合計							

弔 慰 金 請 求 書
 家 族 弔 慰 金

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	続柄 コード	※事由発生日				※死亡当時の標準報酬月額			
所属コード	組合員番号		元号	年	月	日				

死亡当時の標準報酬月額	等級：第	級	請求金額						円
	月額：	円	※決定金額						円

市町村長 又は 警察署長 の証明	死亡者氏名				性別	男・女	
	死亡者生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日		
	死亡年月日	令和	年	月	日	死亡の場所	
	死亡の原因 及びその状況						
	非常災害により死亡したことを証明します。 令和 年 月 日 証明者 職名 氏名						印

受取金融機関（組合員が死亡した場合のみ記入してください。）

金融機関 指定口座	銀行コード	支店コード	預種	口座番号	銀行名	支店名
			普			
口座名義人（カタカナ）					※ 請求者と口座名義人は同一人であること。	

上記のとおり請求します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日 組合員 住所
(請求者) 氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
- -

所属機関又は所属所
 所属機関の長 職名
 又は所属所長 氏名

- ※印欄は記入しないでください。
- 弔慰金の請求をする場合は遺族の順位を証明する書類（戸籍謄本等）を添付してください。
- 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

傷病手当金
同附加金 請求書

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	続柄 コード	※事由発生日				※算定基礎となる 平均標準報酬月額					
所属コード	組合員番号		元号	年	月	日						
		0	0									
資格取得年月日			資格喪失年月日			標準報酬月額			勤務できなくなった最初の日			
元号	年	月	日	元号	年	月	日	級	元号	年	月	日
								円				
介護保険法による 給付を受けたとき		保険者 番号	被保険者 番号		保険者の 名称							

医師の証明(療養のため勤務できないことに関し、下欄に医師の証明を受けてください。)

傷病名		発病年月日	平成 令和	年	月	日
勤務不能と認めた期間 (証明日前の期間で月単位)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで					
症状及び経過						
上記のとおり 入院・通院 加療中で、勤(労)務できないことを証明する。						
令和 年 月 日			医療機関名			印
			医師氏名			

請求期間 (月単位)	令和 年 月 日	請求金額							円
	令和 年 月 日	※決定金額							円

公務(通勤)災害認定の有無欄

下記のいずれかに○をつけてください。
傷病手当金と同一傷病による公務(通勤)災害認定 (有・請求中・無)

年金受給に係る申告欄

下記のいずれかに○をつけてください。

①傷病手当金と同一傷病による障害厚生(基礎)年金又は障害手当金の受給 (有・請求中・無) 有または請求中と回答した方は③へ

②退職共済(老齢厚生・老齢基礎)年金の受給 (有・請求中・無) 有または請求中と回答した方は③へ

③年金支給情報の確認について、個人番号による情報連携を (利用する[※]・利用しない) ※年金改定通知書省略可

障害厚生年金の額					円	支給開始年月	平成 令和	年	月
障害基礎年金の額					円	支給開始年月	平成 令和	年	月
障害手当金の額					円	支給年月日	平成 令和	年	月 日
退職共済(老齢厚生・基礎)年金総額					円	支給開始年月	平成 令和	年	月

公金受取口座を利用する ※ご希望の場合口の中にレ点を記入してください。

同一傷病による障害厚生年金等が支払われた場合には傷病手当金(差額分)を返納します。
上記のとおり請求します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

組合員氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先

— —

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

(裏 面)

【記入にあたっての留意事項】

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 請求書は月単位で作成してください。
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。
4. 公務(通勤)災害認定の有無欄及び年金受給に係る申告欄も必ずご記入ください。
5. 添付書類 …

	本務職員等	臨時的任用職員／会計年度任用職員等
初 回	①診断書の写し (勤務できなくなった最初の日を含むもの)	①診断書の写し (勤務できなくなった最初の日を含むもの) [※]
	②出勤簿の写し (勤務できなくなった最初の日を含むもの)	②出勤簿の写し (勤務できなくなった最初の日を含むもの)
	③請求対象月を含む診断書の写し	③請求対象月を含む診断書の写し (①と重複する場合は省略) [※]
	④請求対象月の出勤簿の写し	④請求対象月の出勤簿の写し(②と重複する場合は省略)
	⑤休職全期間分の休職辞令の写し	⑤休職辞令、分限処分書等の写し(休職の場合)
	⑥有給(8割、6割等)休職全期間分の職員別給与簿等	⑥報酬支給額証明書
	⑦報酬支給額証明書	⑦給与明細等の写し(請求対象月の実績分)
	⑧年金額決定(改定)通知書の写し (障害厚生年金等を受給している場合)	⑧勤務条件通知書等の写し
	⑨年金額決定(改定)通知書の写し (障害厚生年金等を受給している場合)	
2 回 目 以 降	①請求対象月の出勤簿の写し	①請求対象月の出勤簿の写し
	②請求対象月を含む休職辞令の写し	②請求対象月を含む休職辞令等の写し(休職の場合)
	③報酬支給額証明書	③報酬支給額証明書
	④給与明細等の写し (請求対象期間に報酬の支払いがあった場合)	④給与明細等の写し(請求対象月の実績分)
	⑤年金額決定(改定)通知書の写し (障害厚生年金等を受給している場合)	⑤勤務条件通知書等の写し
		⑥年金額決定(改定)通知書の写し (障害厚生年金等を受給している場合)

※服務規程上、所属所長(所属機関長)へ診断書の提出義務がない場合は省略可。

6. 年金支給情報の確認について個人番号による情報連携を利用する場合は、年金額決定(改定)通知書の添付を省略することができます。ただし、通常の処理期間に加えて1週間程度の期間を要します。
7. 傷病手当金の算定基礎となる標準報酬の月額については、直近の継続した12月の標準報酬の月額平均額になります。
8. 給料等の訂正が行われ、標準報酬月額の遡及見直しが行われた場合は速やかに提出してください。

- 提出書類 …
- ①訂正期間に係る報酬支給額証明書
 - ②訂正額の記載された給与明細書等(写)

報酬支給額証明書

傷病手当金 出産手当金

組合員氏名		組合員証記号番号	
-------	--	----------	--

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 給与の訂正等に伴う差額精算
----	---

期 間	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 日	A2 日	A3 日
給与支給割合	割	割	割
報酬 ①	支給実績	支給実績	支給実績
種別	本来の支給額		
給料	円	円	円
地域手当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合 計	B1 0 円	B2 0 円	B3 0 円
報酬 ②	左の手当に対する期間内の支給割合を乗じた額	支給実績	左の手当に対する期間内の支給割合を乗じた額
種別	本来の支給額		
扶養手当	円 × = 円	円 × = 円	円 × = 円
住居手当	円 × = 円	円 × = 円	円 × = 円
教職調整額	円 × = 円	円 × = 円	円 × = 円
	円 × = 円	円 × = 円	円 × = 円
	円 × = 円	円 × = 円	円 × = 円
合 計	C1 0 円	C2 0 円	C3 0 円

令和 年 月 日の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。
 令和 年 月 日 所属 所長 又は 職 名
 給与 事務 担当者 氏 名

支給額算定調書

報酬日額	報酬 ①	D1 (B1÷A1) 円	D2 (B2÷A2) 円	D3 (B3÷A3) 円
	報酬 ②	E1 (C1÷22) 円	E2 (C2÷22) 円	E3 (C3÷22) 円
	合 計	F1 (D1+E1) 円	F2 (D2+E2) 円	F3 (D3+E3) 円

年金額	0
年金日額	0
①>年金日額となる日	年金控除額
0	0
0	0
0	0

(1) 傷病手当金・出産手当金の日額の算定

平均標準報酬月額 標準報酬日額
 () × 1/22 = () 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 給付日額
 () × 2/3 = () 円 (1円未満四捨五入)…①

(2) 報酬日額

(F1 円) …②
 (F2 円) …②’
 (F3 円) …②”

(3) 支給対象日数

①>②となる日 () 日…③
 ①>②’となる日 () 日…③’
 ①>②”となる日 () 日…③”
 計 () 日…④

(4) 控除額

②×③ = 円
 ②×③’ = 円
 ②×③” = 円
 計 円

(5) 支給額の決定

給付日額① 支給対象日数④ 控除額⑤ 請求金額
 (円 × () 日) - (円) = 円

※本来の控除額
 年金控除額と(4)控除額
 のうち、いずれか高い額
 円
 円
 円
 計 円…⑤

**出産手当金
休業手当金 請求書**

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名		組合員氏名		※事由発生日				※給付事由発生当時の標準報酬月額							
所属コード		組合員番号													
				元号	年	月	日								
資格取得年月日				資格喪失年月日				標準報酬月額							
元号	年	月	日	元号	年	月	日	標準報酬の等級		標準報酬月額					
								第 級		円					

勤務できなかった期間		令和 年 月 日 ~				令和 年 月 日					
請求期間		令和 年 月 日 ~				令和 年 月 日					
請求金額						※決定金額					

*** 出産手当金の場合**

出産に関する 医師又は 助産師の 証明	出産予定年月日	令和 年 月 日	出産年月日	令和 年 月 日	
	出生児の数	単胎・多胎		正常・異常分娩の別	正常・異常
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日				
医療機関名			印		
医師又は助産師名					

*** 休業手当金の場合**

勤務できなかった理由	
根拠規程	地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当することを証明する。 令和 年 月 日 所属機関又は所属所 所属機関の長 職 名 又は所属所長 氏 名

<input type="checkbox"/>	公金受取口座を利用する	※ご希望の場合口の中にレ点を記入してください。
--------------------------	-------------	-------------------------

上記のとおり請求します。	
公立学校共済組合沖縄支部長 殿	
令和 年 月 日	組合員氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
令和 年 月 日	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">連絡先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">— —</td> </tr> </table>	連絡先	— —
連絡先			
— —			
所属機関又は所属所			
所属機関の長 職 名			
又は所属所長 氏 名			

(裏 面)

【記入にあたっての留意事項】

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 請求書は月単位で作成してください。
3. 休業手当金の請求を行うときは、法第70条各号のいずれかに該当することに関して所属機関または所属所長の証明を受けてください。

第1号	被扶養者の病気又は負傷
第2号	組合員の配偶者の出産
第3号	組合員の公務によらない不慮の災害又は被扶養者に係る不慮の災害
第4号	組合員の婚姻又は被扶養者等の婚姻若しくは葬祭
第5号	イ 被扶養者でない組合員の配偶者又は一親等の親族の病気又は負傷 ロ 通信教育の面接授業

4. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。
5. 添付書類 …
 - 【出産手当金】
 - ①出勤簿(写)
 - ②産前産後休暇の期間及び取得が確認できる書類(休暇願・休暇簿の写し等)
 - ③休職辞令(写)(休職期間中に出産手当金の給付事由が生じた場合のみ)
 - ④報酬支給額証明書(請求月のもの)
 - ⑤給与支給明細等(写)
 - 【休業手当金】
 - ①出勤簿(写)
 - ②報酬支給額証明書(請求月のもの)
 - ③給与支給明細等(写)
 - ④法第70条第1号から第4号に該当する場合…該当事由を証する書類
法第70条第5号イに該当する場合…住民票謄本又は戸籍謄本及び医療機関受診時の領収書、
診療明細書等
法第70条第5号ロに該当する場合…面接授業の受講証明書等
6. 出産手当金の算定基礎となる標準報酬の月額については、直近の継続した12月の標準報酬の月額の平均額になります。
7. 給料等の訂正が行われ、標準報酬月額の遡及見直しが行われた場合は速やかに提出してください。
 - 提出書類 …
 - ①訂正期間に係る報酬支給額証明書
 - ②訂正額の記載された給与明細書等(写)

報酬支給額証明書

休業手当金

組合員氏名	組合員証記号番号
-------	----------

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 給与の訂正等に伴う差額精算
----	---

期間	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで	令和 年 月 日から 日まで
上記期間の支給対象日数	A1 日	A2 日	A3 日
報酬 ①		支給実績	支給実績
種別	本来の支給額		
給料	円	円	円
地域手当	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合計	B1 0 円	B2 0 円	B3 0 円
報酬 ②		支給実績	支給実績
種別	本来の支給額		
扶養手当	円	円	円
住居手当	円	円	円
教職調整額	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
	円	円	円
合計	C1 0 円	C2 0 円	C3 0 円

令和 年 月 日の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。
 令和 年 月 日 所属 所長 又は 職名
 給与事務担当者 氏名

支給額算定調書

報酬日額	報酬 ①	D1 (B1÷A1) 円	D2 (B2÷A2) 円	D3 (B3÷A3) 円
	報酬 ②	E1 (C1÷22) 円	E2 (C2÷22) 円	E3 (C3÷22) 円
	合計	F1 (D1+E1) 円	F2 (D2+E2) 円	F3 (D3+E3) 円

- (1) 休業手当金の日額の算定
 標準報酬月額 () × 1/22 = () 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 () × 50/100 = () 円 (1円未満四捨五入)…①
- (2) 報酬日額 (F1 円 …②)
 (F2 円 …②')
 (F3 円 …②")
- (3) 支給対象日数
 ①>②となる日 () 日…③
 ①>②'となる日 () 日…③'
 ①>②"となる日 () 日…③"
 計 () 日…④
- (4) 控除額
 ②×③ = 円
 ②×③' = 円
 ②×③" = 円
 計 円
- (5) 支給額の決定
 給付日額① () 円 × 支給対象日数④ () 日 - 控除額⑤ () 円 = 請求金額 #VALUE! 円

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

育児休業手当金請求書

新規 延長 短縮

所属所名	組合員氏名	育児休業の初日及び末日
所属コード	組合員番号	(変更の場合/今回変更分の初日及び末日)
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
		(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

雇用保険被保険者資格の有無 (いずれかを○で囲んでください。)	標準報酬月額	育児休業に係る子の 氏名	育児休業に係る子の 生年月日
	等級(短期) : 第 級		
あり ・ なし	月額 : 円		令和 年 月 日

請求期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
(今回変更分の請求期間)	(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで)
請求金額	円 ※ 決定金額 円

延長申請の理由	<p>対象となる子が1歳に達した日後の要件について、該当する番号を○で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 保育所等における保育の実施を希望し申し込みを行っているが、当面その実施が行われない場合 2 養育を予定していた配偶者が死亡した場合 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することができなくなった場合 4 婚姻の解消その他事情により、養育を予定していた配偶者が当該子と同居しないこととなった場合 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場合
---------	--

公金受取口座を利用する ※ご希望の場合□の中にレ点を記入してください。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

組合員氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
— —

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

(表面)

育児休業手当金支給対象期間 延長事由認定申告書

1 育児休業の対象となる子について、 右の①②を記載してください。	①子の氏名
	②子の生年月日 令和 年 月 日
2 今回、延長を申請する期間について、 右のア・イのうち、該当するもの を選択してください。	<input type="checkbox"/> ア 1歳(注)～1歳6か月の期間
	<input type="checkbox"/> イ 1歳6か月～2歳の期間
3 保育所の利用(入所)申込について、以下①～⑧について選択又は記載してください。	
①保育所等における保育の利用を希望し、市区町村に利用(入所)申込をしましたか。	
<input type="checkbox"/> ア はい	②利用(入所)申込をした日 : 令和 年 月 日
	③利用(入所)開始希望日 : 令和 年 月 日
	④利用(入所)申込に当たり、 入所保留を積極的に希望する旨の意思表示 をしていませんか。 <input type="checkbox"/> ア していない <input type="checkbox"/> イ している
	⑤利用(入所)保留の有効期限 令和 年 月 日
	⑥利用(入所)内定を辞退したことがありますか。 <input type="checkbox"/> ア 辞退したことはない <input type="checkbox"/> イ 辞退したことがある
⑦利用(入所)申込をした 保育所等の中で、 自宅から最も近隣の施設名と通所時間(片道)	施設名 :
	通所方法 :
	通所時間(片道) : 分
⑧申込をしたすべての保育所等の通所時間(片道)が30分以上の場合、その理由を次から選択してください。	
<input type="checkbox"/> ア 申し込んだ保育所等が本人又は配偶者の通勤の途中で利用できる場所にあるため	
<input type="checkbox"/> イ 自宅から30分未満で通える保育所等が存在しないため	
<input type="checkbox"/> ウ 自宅から30分未満で通える保育所等では職場復帰後の勤務時間・勤務日に対応できないため	
<input type="checkbox"/> エ 子に特別の配慮が必要であり、自宅から30分未満で通える保育所等では対応できないため	
<input type="checkbox"/> オ その他	
<input type="checkbox"/> イ いいえ	①及び⑧について、「いいえ」「その他」を選択した場合は、下欄にその理由を記載してください。
(理由欄)	

(注) パパママ育休プラス利用時は、パパママ育休プラス制度により延長されている期間の末日の翌日

育児休業手当金の支給対象期間の延長事由について、上記のとおり申告します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

〒

組合員 現住所

令和 年 月 日

氏名

(R7.4.1)

(裏面)

(記載にあたっての留意事項)

- I この申告書は、保育所等での保育が開始されないことを理由に、育児休業手当金の支給対象期間の延長を求めるときに、必ず組合員本人が記載し、所属所を経由して提出してください。
- II 申告書は事実について正しく記載してください。申告しなければならない事柄を申告しなかったり、偽りの記載をして提出した場合には、以降育児休業手当金を受けることができなくなるばかりでなく、不正に受給した金額の返還を命ぜられることがあります。
- III 保育所等での保育が開始されないことを理由とした育児休業手当金の支給対象期間延長は、速やかな職場復帰を図るために保育所等の利用(入所)申込をしたが入所ができないなど、やむを得ず職場復帰ができない方を対象とした制度です。制度の趣旨に沿った延長の申請であることを確認するため、次の書類を手当金請求書に添付して申請してください。
- 【手当金請求書に添付が必要な書類】**
- i 育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書(この申告書)
 - ii 市区町村に保育所等の利用(入所)申込をしたときの申込書の写し
(電子申請の場合は申込内容を出力したもの、または、申込をした画面の複写)
 - iii 市区町村が発行した保育所等における保育が当面行われないことが明らかとなる通知
(入所保留通知書、入所不承諾通知書など市区町村によって名称が異なります。)
- IV 3の①欄について、申込をしていない場合は、原則として延長の要件を満たしません。
ただし、子の疾病や障害により特別に配慮が必要であり、市区町村から保育体制が整備されていない等の理由により、申込の受付ができないとされた場合には、延長が認められる場合があります(注1)ので、理由欄に特別な配慮が必要な理由及び市区町村との相談の内容等を記載の上、次の書類を支給申請書に添付して申請してください。
- 【手当金請求書に添付が必要な書類】**
- i 育児休業手当金支給対象期間延長事由認定申告書(この申告書)
 - ii 医師の診断書や障害者手帳の写しなど、特別な配慮が必要であることを確認できる書類
- V 3の②欄について、申込をした日が子の1歳の誕生日(注2)(又は1歳6か月の誕生日応答日)以降の場合は、原則として延長の要件を満たしません。
ただし、市区町村が1歳の誕生日以降でなければ申込を受け付けられないなど、保育利用の申込の機会が極端に限られる場合には、延長が認められる場合があります(注1)ので、理由欄に具体的な理由や市区町村との相談の内容等を記載してください。
- VI 3の③欄について、利用(入所)開始希望日が子の1歳の誕生日(注2)(又は1歳6か月の誕生日応答日)の翌日以降の場合は、原則として延長の要件を満たしません。
ただし、市区町村が募集をしていない時期があるために、申込可能な希望日での申込をした場合には、延長が認められる場合があります(注1)ので、理由欄に具体的な理由を記載のうえ、上記Ⅲ i～iiiに加えて、次の書類を手当金請求書に添付して申請してください
- 【手当金請求書に添付が必要な書類】**
- iv 保育所入所の案内やホームページなど、市区町村が申込を受け付けていないことが確認できる書類
- VII 3の④欄について、申込において「保育所等への入所を希望していない」、「育児休業からの職場復帰の意思がない」、「育児休業の延長を希望する」、「入所保留となることを希望する」など、職場復帰や保育所等への入所の意思がないことを明示的に記載・選択しているときは「している」場合に該当します。
- VIII 3の⑤欄について、入所保留通知書、入所不承諾通知書などに記載された有効期間を記載してください。入所保留通知書、入所不承諾通知書などに有効期間の記載がない場合は空欄で構いません。
- IX 3の⑥欄について、1に記載した子について、これまでに内定を辞退している場合は、原則として延長の要件を満たしません。
ただし、内定後の住所変更など、内定した保育所等に子を入所させることが困難な事情の変更が生じた場合には、延長が認められる場合がありますので、理由欄に変更前の住所や変更前後の勤務場所、事情変更の生じた日付及び具体的な理由を記載してください。
- X 3の⑦欄について、通所方法は通所する場合に利用する予定だった交通手段(徒歩・自転車・自動車・バス等)を記載し、その交通手段による自宅からの片道の所要時間を記載してください。
なお、送迎サービス等を利用する場合は送迎場所までの片道の所要時間を記載してください。
- XI 3の⑧欄について、利用(入所)希望の保育所等が、合理的な理由なく通所に自宅から片道30分以上要する保育所等のみとなっている場合は、原則として延長の要件を満たしません。
選択肢に応じて、上記Ⅲ i～iiiの書類に加えて、**次の書類を手当金請求書に添付して申請してください。**
- ・ ア～ウを選択した場合：上記Ⅲ i～iiiの書類のみ
 - ・ エを選択した場合：医師の診断書や障害者手帳の写しなど、特別な配慮が必要であることを確認できる書類
 - ・ オを選択した場合：理由欄に具体的な理由を記載のうえ、記載内容を確認できる書類

(注1) 単に申込を忘れていた場合や、市区町村の申込期限に間に合わなかった場合、市区町村への相談無く申込をしなかった場合は、延長の要件を満たしません。

(注2) パパ・ママ育休プラス利用時は、パパママ育休プラス制度により延長されている期間の末日の翌日。

(R7.4.1)

育児休業(支援)手当金に係る休業実績等証明書
(令和 年 月 分)

共済組合受付印

所属所番号			所属所名			
給与支払事務担当者	職名			氏名		
組合員証番号	組合員氏名		休業期間			備考
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			
			(自)令和 年 月 日			
			(至)令和 年 月 日			

上記の職員について、育児休業期間中 出勤しなかった期間に対して給料を支給していないことを証明します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿
令和 年 月 日

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

連 絡 先
— —

- ※ 証明は月単位とし、請求月の翌月5日(必着)までに毎月提出してください。
- ※ 育児休業手当金支給対象者について証明をお願いします。
- ※ 所属機関の長又は所属所長の証明は、休業期間の末日以降に行ってください。
- ※ 異動等(転出、退職を含む。)に該当する場合は、旧所属所から提出してください。

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

介護休業手当金(変更)請求書

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	※事由発生日				※標準報酬月額				※決定金額			
所属コード	組合員番号												
		元号	年	月	日								
													円

雇用保険被保険者資格の有無 (いずれかを○で囲んでください。)	標準報酬月額	請求金額
	等級(短期)：第 級	
あり ・ なし	月額： 円	円

組合員の介護を 必要とする者	住所			
	氏名		組合員との続柄	
請求期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
請求日数	上記請求期間のうち一日単位で介護休暇を取得した日数(週休日及び祝日を除く。)			日
介護休業又は介護休暇の 初日及び末日(変更)	初日	令和 年 月 日	変 更	令和 年 月 日
	末日	令和 年 月 日		令和 年 月 日

公金受取口座を利用する ※ご希望の場合□の中にレ点を記入してください。

上記のとおり請求します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

組合員氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
— —

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

(裏 面)

【記入にあたっての留意事項】

1. 請求書は月単位で作成してください。
2. 添付書類 …
 - ①介護休暇簿（承認通知書）（写）
 - ②介護休業を取得した月の出勤簿（写）
 - ③介護休業を取得した月の給与支給明細書等（写）
 - ④介護休業を取得した月の報酬支給額証明書
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。
4. 給料等の訂正及び遡及が行われた場合は速やかに提出してください。
提出書類 …
 - ①訂正及び遡及期間に係る報酬支給額証明書
 - ②訂正及び遡及額の記載された給与明細書等（写）

報酬支給額証明書

介護休業手当金

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 給与額遡及等に伴う差額精算
----	---

組合員氏名		組合員証記号番号	
-------	--	----------	--

対象期間	令和 年 月 日 から		勤務しなかった期間の減額分	
	日 まで		月支給給与にて減額	
報酬(減額対象)	支給実績		支給実績	
種別				
給料		円		円
地域手当		円		円
		円		円
合計		0 円		0 円
報酬(減額対象外)	支給実績			
種別				
扶養手当		円		
住居手当		円		
教職調整額		円		
		円		
		円		
合計		0 円		

令和 年 月 日の勤務しなかった期間について、上記の金額の報酬を支払ったことを証明します。
 令和 年 月 日 所属 所長 又は 職名 氏名 給与 事務 担当者 氏名

(1) 介護休業手当金の日額の算定

標準報酬月額 () × 1/22 = () 円 (10円未満四捨五入)
 標準報酬日額 () × 67/100 = () 円 (1円未満切り捨て)
 ※給付上限相当日額(雇用保険法で定められた限度日額)

(2) 給付基礎額の算定

給付日額 () × () 日 = () 円...①

(3) 控除額(勤務しなかった期間に支払われた報酬の額)の算定

給料月額 () 円 + () 円 × 1/ () 日 = () ...A

【勤務時間1時間あたりの給与額】注

$$\left[\frac{() 円 + () 円}{12} \right] \times 7.75 = () ...B$$
 (7.75×5×52) - (7.75×18) →1875.5
 ←※円未満四捨五入
 0

注：市町村費職員は、勤務期間1時間あたりの給与額の算出方法が給与支給機関によって異なる場合があります。

手当等(減額対象外)

() × 1/22 = () 円...C

※手当等(減額対象外)に通動手当は含まない。

() - () + () = () ※A<Bの場合、A-B=0
 ※Dは円未満四捨五入

() × () 日 = () 円...②

(4) 支給額の決定

給付基礎額① () 円 - 控除額② () 円 = 請求金額 () 円

※給付上限相当日額の区分を入力

※:介護休業手当金の給付上限相当日額

区分	請求期間	金額
1	令和3年8月1日以降 ~令和4年7月31日	15,102円
2	令和4年8月1日以降 ~令和5年7月31日	15,266円
3	令和5年8月1日以降 ~令和6年7月31日	15,513円
4	令和6年8月1日以降	15,778円

給付開始日	
令和 年 月 日	分から
前回までの通算給付日数	
日	
今回までの通算給付日数	
日	

療
家

療 養 費 請 求 書

家 族 療 養 費

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	療養者続柄コード	※事由発生日			※入外コード	療養に要した費用														
所属コード	組合員番号		元号	年	月												日				

療養者氏名	生年月日 元号 3. 昭 4. 平 5. 令	※診療日数	初診年月日	請求金額
	元 年 月 日		令和 年 月 日	

療養請求期間(装具の場合、医師の製作指示日)					医療機関名(装具の場合、装具製作店名)													
元	年	月	日	～	元	年	月	日	※医療機関コード									

傷病の原因					傷病名									
<input type="checkbox"/> 公務(通勤)上での傷病 <input type="checkbox"/> 交通事故、第三者の行為によるもの <input type="checkbox"/> 1、2以外の私傷病					組合員証を使用しなかった理由									
右のいずれかに○をつけてください。														

※決定金額	療養費	家族療養費	高額療養費	一部負担金払戻金	家族療養費附加金	
-------	-----	-------	-------	----------	----------	--

公金受取口座を利用する ※ご希望の場合□の中にレ点を記入してください。

上記のとおり請求します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日 組合員(請求者) 氏名

住所

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
- -

所属機関又は所属所

所属機関の長 職名

又は所属所長 氏名

- ※印欄は記入しないでください。
- 添付書類(写し不可)

(1) 保険医療機関等で、組合員証を使用しないで現金を支払った場合	① 診療報酬領収済明細書または診療報酬明細書(薬局の場合、調剤報酬明細書。 ※診療明細書及び調剤明細書は不可。) ② 領収書
(2) 治療上必要なコルセット等装具の請求の場合	① 医師の証明書 ② 装具等の領収書 ③ (靴型装具に係る請求の場合)当該装具が映っている写真

- ※療養を目的として海外に出向き、療養を受けた場合は、請求できませんので注意してください。
- 請求書は診療報酬領収済明細書毎に作成してください。
 - 「組合員証を使用しなかった理由」欄は、上記2(1)の場合「自費診療」、2(2)の場合「補装具購入」と記入してください。
 - 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

診療報酬領収済明細書

(入院・外来)

組合員証記号番号		公立沖		保険者番号		34470013		組合員証の発行機関		公立学校共済組合沖縄支部			
組合員住所氏名								公務上					
受給者住所氏名								年 月 日生		公務外		乗船中発病したもの 下船中発病したもの	
傷病名	①	初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日	終診	年 月 日	転 帰			
	②		年 月 日	年 月 日	日		年 月 日		治ゆ	繰越	死亡	転医	中止
臨床学的所見				理化学的所見									
診 療 の 内 容								摘 要					
項 目 内 訳						経過及び診療事実に関する理由							
診察料	初診	円											
	再診	円											
	往診	円											
投薬料	内服	種類 日分			円								
		種類 日分			円								
		種類 日分			円								
	頓服	種類 回調剤			円								
	外用	種類 回調剤			円								
注射料	(皮) (筋) (静) (動) の別を記入	回			円								
		回			円								
		回			円								
処置料	処 置 名	回			円								
		回			円								
		回			円								
手術料	手 術 名	回			円								
		回			円								
検査料	検 査 名	回			円								
		回			円								
レントゲン料	透 視	切 枚				円							
	撮 影												
その他													
入院料	看 自 日					円							
	賄 食 日間					円							
	至 日 (無)寝												
合計						円							
領収済額						円							
上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日								結核化学療法 年 月 日 駆梅療法 年 月 日 () 年 月 日					
								感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による公費負担					
								初診に要した月の診療額					
								入院の初日 年 月 日					
殿 医療機関名 及びその住所								印					

備考 この明細書は、歯科医師以外の医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて薬局から調剤を受けた場合に用いる。

診療報酬領収済明細書

(歯科)

組合員証 記号 番号	公立沖	保険者番号	34470013	組合員証の 発行 機関	公立学校共済組合沖縄支部			
組合員住所氏名				公務上				
療養者住所氏名	年 月 日生			公務外	乗船中発病したもの 下船中発病したもの			
部位及び傷病名	左				右	転 帰 治ゆ 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	
診療の内訳						摘要		
診察料	初	診			円	経過及び 診療事実 に関する 理由		
投薬料	内 服	薬			種類 日分 円			
		薬			種類 日分 円			
		薬			種類 日分 円			
投薬料	頓 服	薬			種類 回調剤 円			
		薬			種類 回調剤 円			
注射料	皮下 筋肉 脈	内			回 円			
		内			回 円			
処置料 (硬)	撤去			歯 円				
	普通 処置			回 円				
	複根			管 回 円				
	抜根			髓 歯 円				
充填料	ア マ ル ガ ム			歯 円				
	セメント	珪	燐	歯 円				
インレ ー料	金合金	ポスト	複雑かどうか	歯 円				
	銀 合 金			歯 円				
補 て っ 料	義 歯			床歯 円				
	金属 こう	14K	特殊鋼	不銹鋼	レスト 有無			歯 円
	パラタルパー	リングルパー	特殊鋼	不銹鋼	歯 円			
	歯冠性続歯		14K	レジン	陶 歯			歯 円
	支台築造	銀	ア	セ	歯 円			
	金属冠	金	金パラ	銀合金	歯 円			
手術料	その他			円				
	抜			歯 円				
処置料 (軟)	歯 石 除 去			歯 円				
				円				
レントゲン その他				円				
合計				円				
領収済額				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	
令和 年 月 日						入院の初日	年 月 日	
殿 医療機関名 及びその住所								

備考 この明細書は、歯科医師から診療を受け、又はその処方箋に基づいて調剤を受けた場合に用いる。

診療報酬領収済明細書

(整復師)

組合員証 記号番号	公立沖	保険者番号	34470013	組合員証の 発行機関	公立学校共済組合沖縄支部
組合員住所氏名					公務上
療養者住所氏名	年 月 日生				公務外
負傷名				負傷の年月日	令和 年 月 日
				負傷の経過	
負傷の原因					
施術開始 年 月 日	令和 年 月 日	施術終了 年 月 日	令和 年 月 日	転帰	治ゆ、継続中止 転医、中止
施術の種類	回数	一回の 料 金	加算料金	施術料金	施術を行なった期間
初検料		円	深夜 時間外	円	月 日
往療料			夜間、難路、暴風 雨雪、距離		自 月 日 至 月 日
整復固定処置 又は初回処置			/		月 日
後療処置			/		自 月 日 至 月 日
電法料			回数	一回の料金	自 月 日
			回	円	至 月 日
その他					
領収額		円	一部負担金	円	一部負担金を 控除した額
上記のとおり領収しました。 殿 令和 年 月 日 住所 整復師 氏名 <div style="text-align: right;">(印)</div>					

備考

- 1 この明細書は、整復師から施術を受けた場合に用いる。
- 2 「負傷の原因」欄は、具体的に詳しく書いてください。
- 3 標準回数を超過した場合にはその事由を書いてください。
- 4 「一部負担金を控除した額」欄は領収額（施術に要した費用の額）から、一部負担金を差し引いた額を記入してください。

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

印

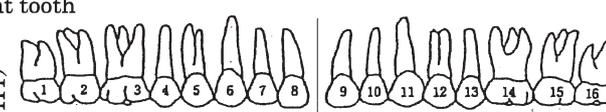
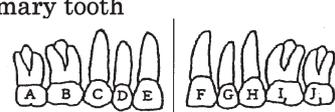
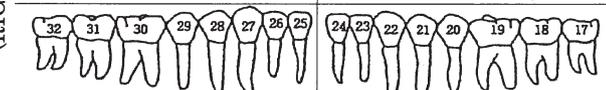
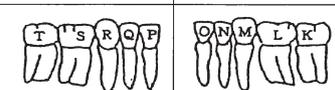
電話

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。

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 (Upper) 		Primary tooth 
(Lower) 		

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 _____

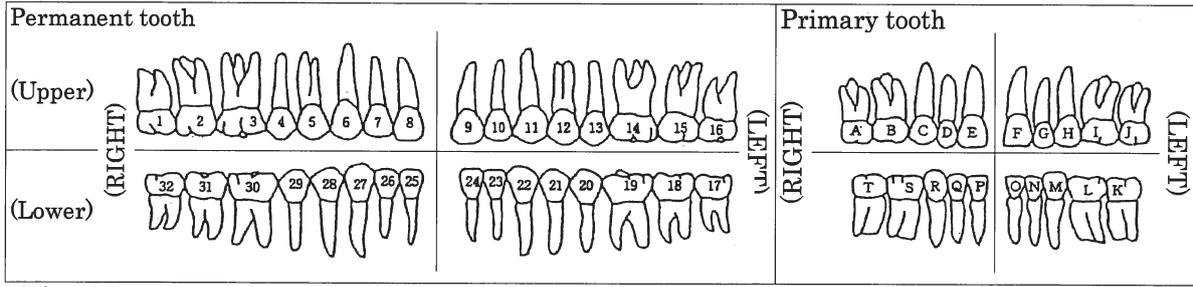
Date(日付) _____ Signature(署名) _____

 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	\$ _____	* Please fill in the content of the Laboratory Tests. *諸検査の内容を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(11) Medicines**	医 薬	費	\$ _____	** Please fill in the name and the amount of the prescription of an individual medicine. **処方した個々の薬の名称と量を記入してください。
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
			\$ _____	
(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

㊞

電話

調査に関わる同意書
Agreement of Authorization

- ・ 治療開始日 ____年__月__日
- ・ Starting date of medication Year____Month__Day__

- ・ 患者
 (患者名)
 (住所)
 (生年月日) ____年__月__日

- ・ Patient
 (Name of patient)
 (Address)
 (Date of birth) Year____Month__Day__

公立学校共済組合沖縄支部 御中

私（療養を受けた者）、_____は、公立学校共済組合沖縄支部の職員又は公立学校共済組合沖縄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沖縄支部に提示することも併せて同意します。

To: Japan Mutual Aid Association of Public school Teachers Okinawa Branch

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

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

署名・押印欄

Signature

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

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

(氏名) _____ 印

(住所)

(日付) ____年__月__日

(患者との関係) : 本人 ・ 親権者 ・ 法定相続人 ・ その他 []

(Signature)

(Address)

(Date) Year ____ Month ____ Day ____

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

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

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

Table of International Classification of Diseases for the use of Social Insurance
健康保険用国際疾病分類表

I	Certain infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症	III	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0101	Intestinal infectious diseases 腸管感染症	0301	Anaemias 貧血
0102	Tuberculosis 結核	0302	Other diseases of blood and blood-forming organs and certain disorders of the immune mechanism その他の血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の傷害
0103	Infections with a predominantly sexual mode of transmission 主として性的伝播様式をとる感染症	IV	Endocrine, nutritional and metabolic diseases 内分泌、栄養及び代謝疾患
0104	Viral infections characterized by skin and mucous membrane lesions 皮膚及び粘膜の病変を伴うウイルス疾患	0401	Disorders of thyroid gland 甲状腺障害
0105	Viral hepatitis ウイルス肝炎	0402	Diabetes mellitus 糖尿病
0106	Other viral diseases その他のウイルス疾患	0403	Other diseases of endocrine, nutrition and metabolism その他の内分泌、栄養及び代謝疾患
0107	Mycoses 真菌症	V	Mental and behavioural disorders 精神及び行動の障害
0108	Sequelae of infectious and parasitic diseases 感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	0501	Vascular dementia and Unspecified dementia 血管性及び詳細不明の痴呆
0109	Other infectious and parasitic diseases その他の感染症及び寄生虫症	0502	Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
II	Neoplasms 新生物	0503	Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
0201	Malignant neoplasm of stomach 胃の悪性新生物	0504	Mood [affective] disorders 気分[感情]障害(躁うつ病を含む)
0202	Malignant neoplasm of colon 結腸の悪性新生物	0505	Neurotic, stress-related and somatoform disorders 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害
0203	Malignant neoplasm of rectosigmoid junction and rectum 直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	0506	Mental retardation 知的障害(精神遅滞)
0204	Malignant neoplasm of liver and intrahepatic bile ducts 肝及び肝内胆管の悪性新生物	0507	Other psychoses and disorders of action その他の精神及び行動の障害
0205	Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung 気管、気管支及び肺の悪性新生物	VI	Diseases of the nervous system 神経系の疾患
0206	Malignant neoplasm of breast 乳房の悪性新生物	0601	Parkinson's disease パーキンソン病
0207	Malignant neoplasm of uterus 子宮の悪性新生物	0602	Alzheimer's disease アルツハイマー病
0208	Malignant Lymphoma 悪性リンパ腫	0603	Epilepsy てんかん
0209	Leukaemia 白血病	0604	Cerebral palsy and other paralytic syndromes 脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群
0210	Other Malignant neoplasms その他の悪性新生物	0605	Disorders of autonomic nervous system 自律神経系の障害
0211	Other benign neoplasms and other neoplasms 良性新生物及びその他の新生物	0606	Others その他の神経系の疾患

VII	Diseases of the eye and adnexa 眼及び付属器の疾患	X	Diseases of the respiratory system 呼吸器系の疾患
0701	Conjunctivitis 結膜炎	1001	Acute nasopharyngitis [common cold] 急性鼻咽頭炎 [かぜ] (感冒)
0702	Cataract 白内障	1002	Acute pharyngitis and tonsillitis 急性鼻咽頭炎及び急性扁桃炎
0703	Disorders of refraction and accommodation 屈折及び調節の障害	1003	Other acute upper respiratory infections その他の急性上気道感染症
0704	Other diseases of the eye and adnexa その他の眼及び付属器の疾患	1004	Pneumonia 肺炎
VIII	Diseases of the ear and mastoid process 耳及び乳様突起の疾患	1005	Acute bronchitis and bronchiolitis 急性気管支炎及び急性細気管支炎
0801	Otitis externa 外耳炎	1006	Vasomotor and allergic rhinitis アレルギー性鼻炎
0802	Other disorders of external ear その他の外耳疾患	1007	Chronic sinusitis 慢性副鼻腔炎
0803	Otitis media 中耳炎	1008	Bronchitis, not specified as acute or chronic 急性又は慢性と明示されない気管支炎
0804	Other diseases of middle ear and mastoid その他の中耳及び乳様突起の疾患	1009	Chronic obstructive pulmonary diseases 慢性閉塞性肺疾患
0805	Disorders of vestibular function メニエール病	1010	Asthma 喘息
0806	Other diseases of inner ear その他の内耳疾患	1011	Other diseases of respiratory system その他の呼吸器系の疾患
0807	Other disorders of ear その他の耳疾患	X I	Diseases of the digestive system 消化器系の疾患
IX	Diseases of the circulatory system 循環器系の疾患	1101	Dental caries う蝕
0901	Hypertensive diseases 高血圧性の疾患	1102	Gingivitis and periodontal diseases 歯肉炎及び歯周疾患
0902	Ischaemic heart diseases 虚血性心疾患	1103	Other disorders of teeth and supporting structures その他の歯及び歯の支持組織の障害
0903	Other forms of heart disease その他の心疾患	1104	Gastric and duodenal ulcer 胃潰瘍及び十二指腸潰瘍
0904	Subarachnoid hemorrhage くも膜下出血	1105	Gastritis and duodenitis 胃炎及び十二指腸炎
0905	Intracerebral hemorrhage 脳内出血	1106	Alcoholic liver disease アルコール性肝疾患
0906	Occclusion of precerebral and Cerebral arteries 脳梗塞	1107	Chronic hepatitis, not elsewhere classified 慢性肝炎(アルコール性のものを除く)
0907	Cerebral arteriosclerosis 脳動脈硬化(症)	1108	Liver cirrhosis 肝硬変(アルコール性のものを除く)
0908	Other cerebrovascular diseases その他の脳血管疾患	1109	Other disorders of liver その他の肝疾患
0909	Atherosclerosis 動脈硬化(症)	1110	Cholelithiasis and cholecystitis 胆石症及び胆のう炎
0910	Haemorrhoids 痔核	1111	Diseases of pancreas 膵疾患
0911	Hypotension 低血圧症	1112	Other diseases of digestive system その他の消化器系の疾患
0912	Other disorders of circulatory system その他の循環器系の疾患		

X II Diseases of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の疾患

1201 Infections of the skin and subcutaneous tissue
皮膚及び皮下組織の感染症

1202 Dermatitis and eczema
皮膚及び湿疹

1203 Others
その他の皮膚及び皮下組織の疾患

X III Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
筋骨格系及び結合組織の疾患

1301 Inflammatory polyarthropathies
炎症性多発性関節障害

1302 Arthrosis
関節症

1303 Spondylopathies
脊椎障害(脊椎症を含む)

1304 Intervertebral disc disorders
椎間板障害

1305 Cervicobrachial syndrome
頸腕症候群

1306 Low back pain and sciatica
腰痛症及び挫骨神経痛

1307 Other dorsopathies
その他の脊柱障害

1308 Shoulder lesions
肩の傷害(損傷)

1309 Disorders of bone density and structure
骨の密度及び構造の障害

1310 Other diseases of skeletal muscles and connective tissues
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患

X IV Diseases of the genitourinary system
腎尿路性器系の疾患

1401 Glomerular diseases
糸球体疾患及び腎尿細管間質性疾患

1402 Renal failure
腎不全

1403 Urolithiasis
尿路結石症

1404 Other diseases of urinary system
その他の尿路系の疾患

1405 Hyperplasia of prostate
前立腺肥大(症)

1406 Other diseases of male genital organs
その他の男性生殖器の疾患

1407 Menopausal and postmenopausal disorders
月経障害及び閉経周辺期障害

1408 Other disorders of breast and female genital organs
乳房及びその他の女性生殖器の疾患

X V Pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠、分娩及び産じょく

1501 Pregnancy with abortive outcome
流産

1502 Edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, childbirth and the puerperium
妊娠高血圧症候群

※1503 Single spontaneous delivery
単胎自然分娩

1504 Others
その他の妊娠、分娩及び産じょく

X VI Certain conditions originating in the perinatal period
周産期に発生した病態

1601 Disorders related to pregnancy and fetal growth
妊娠及び胎児発育に関連する障害

1602 Others
その他の周産期に発生した病態

X VII Congenital Malformations, deformations and chromosomal abnormalities
先天奇形、変形及び染色体異常

1701 Congenital anomalies of heart
心臓の先天奇形

1702 Others
その他の先天奇形、変形及び染色体異常

X VIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

1800 Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの

X IX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
損傷、中毒及びその他の外因の影響

1901 Fracture
骨折

1902 Intracranial damage and internal organ damage
頭蓋内損傷及び内臓の損傷

1903 Burns and corrosions
熱湯及び腐食

1904 Poisoning
中毒

1905 Others
その他の損傷及びその他の外因の影響

Important: No.1503 with asterisk is not covered by the social insurance.
1503番(※印)は健康保険は適用されません。

同意書

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

私は、公立学校共済組合沖縄支部が下記の事務手続きを処理するために限って、地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の提出の際の事務処理に限っての同意であることを申し添えます。

記

- 高額療養費の支給に係る審査事務
- 高額介護合算療養費の支給に係る審査事務
- 被扶養者認定に係る審査事務
- 組合員被扶養者証の検認又は更新事務
- 一部負担金の割合に係る審査事務
- 食事療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る審査事務
- 生活療養標準負担額の減額に関する特例の請求に係る審査事務
- 限度額適用・標準負担額減額の認定の申請に係る審査事務

令和 年 月 日

※申請する年の1月1日時点の住民票上所在地を記入すること。

(組合員)申請者	住所		
	氏名		
同意者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏名		

留意点

- (1) 同意する者が自ら署名を行うこと。
- (2) 代理人が同意書を署名する場合、本人からの委任状(様式は任意)を提出すること。
- (3) 同意書と併せて提出する書類に、同意が必要な者の住所が記入されている場合は、同意書への住所の記入を省略しても差し支えないこと。
- (4) 同意が必要な者が複数名いる場合は、一人一枚ではなく、住所欄及び氏名欄を追加して記載し、複数名で一枚の同意書として差し支えないこと。

(R6.12月 改)

移 送 費
家 族 移 送 費 請 求 書

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

所属所名	組合員氏名	※療養者続柄コード	※事由発生日				※入外コード	※移送に要した費用									
所属コード	組合員番号		元号	年	月	日											

移送された者の氏名	生年月日 元号 3. 昭 4. 平 5. 令	※診療日数	※一部負担金	初診年月日
	元 年 月 日			令和 年 月 日

移送期間					移送された医療機関名													
元	年	月	日	～	元	年	月	日	※医療機関コード									

移送の区間	移送の方法

傷病名	
-----	--

公金受取口座を利用する ※ご希望の場合□の中にレ点を記入してください。

上記のとおり請求します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日 組合員 (請求者) 氏名

住所

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先
- -

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

1. ※印欄は記入しないでください。
2. 請求前に共済組合の移送承認が必要です。
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

移 送 承 認 請 求 書

組合員氏名		組合員番号	公 立 沖	所属所名	
療養者氏名		生年月日	昭 ・ 平 ・ 令	年 月 日	性 別 男 女
医療機関名 及び所在地		入院又は自 宅療養の別		傷病の原因	続 柄
移送の区間及び方法					
事前に申請することが できなかった場合には そ の 理 由					

上記のとおり申請します。

〒 -

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

住 所

令和 年 月 日 組 合 員

氏 名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連 絡 先
— —

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

1. 「看護を必要とする意見書」は、医師に記入してもらってください。
2. 事前に申請することができなかった理由は、具体的に詳しく記入してください。
3. 看護と移送は、別途に申請してください。
4. 所属所受付印欄は、必ず押印してください。

移送を必要とする意見書

※ 医師が 意見を 記入す るところ ・ 証明す るところ	受給者名		居住地			
	傷病名		入院日	令和 年 月 日		
	付添を必要とする理由		付添看護の形態	付添を必要と認める期間		
	1. 病状が重篤のため	1. 1 人 付	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
	2. 手術のため	1. 1 人 付 (原則2週間まで)	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
		2. 1 人 付 (延長する場合)	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
	3. ア 体位変換又は床上起座が不可又は不能 イ 食事又は用便につき要介護	1. 2 人 付 (原則)	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
		2. 1 人 付 (特別な場合)	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
		3. 3 人 付	R. 年 月 日から R. 年 月 日まで	日間		
	病 状 等 の 状 況					
1. 傷病経過の概要						
2. 体温・脈拍・排尿・便通・食事等の状況及び処置の概要						
3. 主な検査成績及び手術名とその施行月日						
付添看護の形態が「1人付(延長する場合)」又は「1人付(特別な場合)」であると認めた理由						
移送を必要とする理由						
上記に掲げる理由で、上に掲げる看護が必要であると認めます。						
令和 年 月 日		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">連 絡 先</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">— —</td> </tr> </table>			連 絡 先	— —
連 絡 先						
— —						
		住 所				
保険医療機関等		医療機関名				
		医 師 名				
		印				

所属機関又は所属所受付印

「自立支援医療受給者証(精神通院)」
(該当・非該当)報告書

所属所名		組合員番号		組合員氏名	
該当者氏名		続柄	生年月日		受給該当・非該当年月日
組合員 被 扶 養 者		本人	昭・平	年 月 日	該当・非該当 平・令 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	該当・非該当 平・令 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	該当・非該当 平・令 年 月 日
			昭・平・令	年 月 日	該当・非該当 平・令 年 月 日

上記のとおり報告します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

〒

	—	
--	---	--

住所

組合員

氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連絡先

	—	
--	---	--

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名
又は所属所長 氏 名

【対象者】

受給者証を交付されている組合員及び被扶養者(自立支援医療費(更生医療)助成、自立支援医療費(育成医療)助成、子ども医療費助成等除く。)

1. 該当となった場合は、交付を受けた医療費受給者証の写しを添付してください。
2. 非該当となった場合は、非該当となった旨通知のあった書類等の写しを添付してください。
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

共済組合受付印

事故発生状況報告書

保険証明書番	第	号	当	甲(加害運転者)	氏名(電話)	
自動車の番号			事	乙(被害者)	氏名(電話)	運行・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況		混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装してある, 歩道(両・片)ある, 直線・カーブ 舗装していない, 歩道(両・片)ない, 直線・カーブ 平坦・坂, 見通し良い 積雪路, 凍結路 見通し悪い					
信号又は標識	信号ある ない	駐停車禁止	されている されていない	その他標識		
速度	甲車両 Km/h (制限速度 Km/h), 乙車両 Km/h (制限速度 Km/h)					
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を 図示してください。	<p>事故発生状況略図(通路幅をmで記入してください。)</p> <p>自動車 </p> <p>相手者 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 オートバイ </p>					
上記図の説明をい。						

別紙交通事故証明に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

令和 年 月 日

報告者 甲との関係 ()
乙との関係 ()

自動車損害賠償責任保険等の加入状況報告書

保険会社名					
証明書番号		事故の年月日		令和 年 月 日 午 前後 時	
保険契約者	住所	事故発生場所			
	氏名	被害者	住所		
保険期間	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日		氏名		
自動車	種別	保有者	職業		
	登録番号 または 車両番号		住所		
	車台番号		氏名		
	使用の本拠の所在地		住所		
請求金額			転 者	氏名 性別 年齢	
				保 有 者 の 関 係	
				男 女 才	

(注1) 任意保険に加入している場合は、次にも記入してください。

自動車任意保険

保険会社名		保険契約者	住所	
証明書番号			氏名	

共済組合受付印

所属機関又は所属所受付印

損 害 賠 償 申 告 書

組 合 員 番 号	公立沖		所 属 所 名		
組 合 員 氏 名			被 害 者 氏 名		
加 害 者 の 住 所 及 び 氏 名			事 故 発 生 年 月 日	年	月 日
事 故 発 生 状 況					
被 害 の 状 況			加 害 者 から 受 け た 損 害 賠 償 (見 積 額)		

上記のとおり申告します。

〒 -

公立学校共済組合沖繩支部長 殿

住 所

令和 年 月 日 報 告 者
(組合員) 氏 名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

連 絡 先
— —

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名
又は所属所長 氏 名

1. 加害者の氏名及び住所が明らかでないときは、理由を付してその旨を記入してください。
2. 事故発生状況及び加害者から受けた損害賠償については、できるだけ具体的に詳しく記入してください。
3. 所属機関又は所属所受付印欄は、必ず押印してください。

同意書

年 月 日に第三者の不法行為(交通事故など)によって生じた傷病により被った損害のうち、組合員証(組合員被扶養者証を含む)を使用したために公立学校共済組合沖縄支部が給付した保険給付等について、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、加害者(損害保険会社などを含む)に対して当該給付に係る診療報酬明細書(レセプト等)を提供することに同意します。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

(届出者)

組合員番号

組合員氏名

被扶養者 氏名

被扶養者 氏名

被扶養者 氏名

被扶養者 氏名

被扶養者 氏名

※ 被害者が被扶養者の場合は組合員と併せて署名してください。

(別添様式)

高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請書整理番号
(組合記入欄)

申請対象年度	年度	対象となる計算期間	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目
--------	----	-----------	-----------------	----	----

フリガナ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで	
組合員の記号・番号	3	年 月 日から 年 月 日まで	

加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2	
支給方法	店舗コード	種目
振込口座記入欄	銀行信用組合	金融機関コード
口座振込	信用組合	本店出張所
	フリガナ	口座番号
		フリガナ
		口座名義人

※現在公立学校共済組合沖縄支部の組合員である者については、登録の給付金口座に振込みとなるため、振込口座記入欄の記入は不要

フリガナ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	3	年 月 日から 年 月 日まで	

フリガナ	保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで	
加入期間	3	年 月 日から 年 月 日まで	

(受
備
診
考
歴
)

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

申請年月日 年 月 日

郵便番号 所
住 住 所
申請者氏名
電話 番号

① 高額介護合算療養費の支給を申請します。
② 自己負担額証明書の交付を申請します。
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。

記入にあたっては、裏面の注意事項をご覧ください。

ご記入上の注意事項

1. 申請者に係る記入欄について
 - (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
 - (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、※2は記入不要です。※1について次のとおり記入してください。
 - ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。
2. 被扶養者に係る記入欄について
 - (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
 - (2) 高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合（計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合）は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。
 - ・医療保険については、計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・介護保険については、計算期間内のすべての加入履歴について記入してください。ただし、介護保険被保険者証が交付されていない期間については記入不要です。
 - ・自己負担額証明書については、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄に「添付なし」と記入してください。
3. 備考欄について
備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間（それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間）における受診歴（受診した年月）を記入してください。（他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。）
4. その他
申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
 - * 自己負担額証明書の添付について（計算期間の末日に加入する組合への申請で、マイナンバーによる情報連携を希望しない場合）
申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。
 - ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者（組合員）が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
 - ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書整理番号」欄には「添付なし」と記入してください。
 - * マイナンバーによる情報連携について
つぎの場合にマイナンバーによる情報連携を希望される方は、「〈情報連携〉同意書」を提出してください。共済組合において、課税情報及び自己負担額を確認します。※1
①被保険者が基準日（計算期間の末日）の属する年度の前年度の市町村民税が非課税の場合 ※2
（マイナンバーによる情報連携を希望しない場合、被保険者の住民税の（非）課税証明書を添付してください。）
②同意書の提出により、自己負担額に関する保険者間の情報連携を行い、自己負担額証明書の省略を希望する場合

※1 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

※2 基準日が、平成30年7月以前の申請については、マイナンバーの情報連携が利用できないため、被保険者の住民税の（非）課税証明書を添付してください。

公立学校共済組合沖繩支部 高額療養費 (外來年間合算) 支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(組合記入欄) 支給申請書整理番号

申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年 月 日から 年 月 日まで	枚中	枚目
--------	----	-------------	-----------------	----	----

フリガナ	保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで		
組合員の記号・番号	3	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称※2			
支給方法	店舗コード	種目	口座番号	フリガナ
口座振込		1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他		口座名義人

フリガナ	保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	3	年 月 日から 年 月 日まで		

フリガナ	保険者名		加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
被扶養者氏名	1	年 月 日から 年 月 日まで		
生年月日	2	年 月 日から 年 月 日まで		
加入期間	3	年 月 日から 年 月 日まで		

備考

公立学校共済組合沖繩支部長 殿	申請年月日	年 月 日
① 外來年間合算の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 ※ 自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のみを丸で囲んで下さい。 外來年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。	郵便番号	
	住所	
	申請者氏名	
	電話番号	

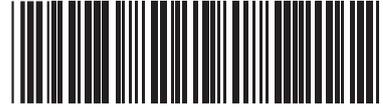
ご記入上の注意事項

1. 申請者に係る記入欄について
 - (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、※1は記入不要です。※2について記入してください。
 - (2) 外來年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合は、※2は記入不要です。※1については次のとおり記入してください。
 - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・自己負担額証明書については、マイナンバーによる情報連携を希望される場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書番号」欄に「情報連携利用」と記入してください。また、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書番号」欄に「添付なし」と記入してください。
2. 被扶養者に係る記入欄について
 - (1) 自己負担額証明書の交付申請を行う場合は、当該証明書の証明対象期間において被扶養者であった者について記入してください。なお、この場合は※3については記入不要です。
 - (2) 外來年間合算の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に加入する組合への支給申請の場合は、計算期間の末日において被扶養者であった者について記入してください。この場合については※3の記入が必要ですので、次のとおり記入してください。
 - ・計算期間内に別の医療保険に加入した履歴があれば記入してください。
 - ・自己負担額証明書については、マイナンバーによる情報連携を希望される場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書番号」欄に「情報連携利用」と記入してください。また、その対象期間における自己負担額がない場合は添付不要ですが、その場合、「添付の自己負担額証明書番号」欄に「添付なし」と記入してください。
3. 備考欄について
備考欄については、申請者及びその被扶養者であった者の加入期間(それぞれの者について、「氏名」欄の下の「加入期間」欄に記入した期間)における受診歴(受診した年月)を記入してください。(他の医療保険に加入していた期間の受診歴については記入不要です。)
4. その他
申請者の加入履歴欄や被扶養者に係る記入欄などが足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その場合、右上の頁欄に全体の枚数と何枚目かを記載してください。
 - * 自己負担額証明書の添付について(計算期間の末日に加入する保険者への申請で、マイナンバーによる情報連携を希望しない場合)
申請者及び計算期間の末日において被扶養者であった者について、それぞれ加入履歴に記入された期間に自己負担額がある場合には、これに係る自己負担額証明書の添付が必要です。ただし、次のことに注意してください。
 - ・健康保険・船員保険・共済においては、被扶養者として受診した医療の自己負担は、その者を扶養する被保険者(組合員)が負担したものと取り扱われます。そのため、被扶養者として加入した期間については、当該被扶養者としての自己負担額はありません。この場合には、「添付の自己負担額証明書番号」欄には「添付なし」と記入してください。
 - ・国民健康保険においては、その世帯に属する者が受けた医療の自己負担は、その世帯主が負担したものと取り扱われます。そのため、世帯主以外の世帯員として国民健康保険に加入した期間については、当該世帯員としての自己負担額はなりません。この場合には、「添付の自己負担額証明書番号」欄には「添付なし」と記入してください。
 - ・対象となる計算期間中に当該組合員期間がある場合における当該期間に係る自己負担額証明書の添付は不要です。この場合には、「添付の自己負担額証明書番号」欄には「添付省略」と記入してください。(なお、当該期間の自己負担に係る申請は別途必要となりますのでご注意ください。)

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

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

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

A. (第2号被保険者)	① 氏名 (フリガナ)	② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別	1. 男性 2. 女性
	④ 基礎年金番号 [個人番号]					
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。 〒 - 都道府県				

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

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 年 月 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) (氏名)		② 生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年 月 日	③ 性別 (婚姻)	1. 夫 3. 夫(未届) 2. 妻 4. 妻(未届)
		④ 基礎年金番号 [個人番号]		⑤ 外国籍		⑥ 外国人 通称名	(フリガナ)	
	⑦ 住所	〒 - 1. 同居 2. 別居 <small>※同居の場合も住民票の住所を記入してください。 ※海外居住者は国内協力者住所を記入してください。なお、協力者が親族の場合は協力者氏名及び続柄を併せて記入してください。</small>		⑧ 電話番号			1. 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 ()	
	⑨ 該当 第3号被保険者 になった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑩ 理由	1. 配偶者の就職 4. 収入減少 2. 婚姻 5. その他 3. 離職 ()		⑭ 備考	
	⑪ 配偶者の 加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 36. 地方公務員等共済組合 30. 厚生年金保険・船員保険 32. 国家公務員共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業団						
	⑫ 非該当 (変更) 第3号被保険者 でなくなった日	7. 平成 9. 令和	年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()			
⑮ 1. 海外特例 要件該当 海外特例要件に 該当した日	9. 令和	年 月 日	⑯ 理由	1. 留学 4. 海外婚姻 2. 同行家族 5. その他() 3. 特定活動				
⑰ 2. 海外特例 要件非該当 海外特例要件に 非該当となった日	9. 令和	年 月 日	⑱ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()				

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

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	34470013	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。		
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。		
	認定年月日	令和 年 月 日	(「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)
	所在地	〒 900 - 8571 那覇市泉崎1-2-2	
	名称	公立学校共済組合沖縄支部	
代表者 等氏名	支部長		
電話	098(866)2720		

この届書は、以下の場合に提出していただくものです。

- ・健康保険組合または共済組合・国民健康保険組合に加入する第2号被保険者の配偶者が国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・すでに健康保険・船員保険の被扶養者となっている配偶者が、20歳到達により国民年金第3号被保険者に該当した場合
- ・健康保険の任意継続中のため、配偶者の健康保険被扶養者とならず、国民年金第3号被保険者にのみ該当した場合
- ・国民年金第3号被保険者の収入が基準以上に増加したことによって扶養から外れた場合
- ・配偶者である第2号被保険者と離婚した場合
- ・海外居住の方が海外特例要件に該当または非該当となる場合

・この届出では、国民年金第3号被保険者にかかる資格取得・種別変更・種別確認(3号該当)・資格喪失・死亡の届出、氏名・生年月日・性別の変更(訂正)の届出、被扶養配偶者非該当、海外特例要件該当・非該当の届出をすることができます。
 ・次の場合は別様式での届出となりますので、ご注意ください。
 全国健康保険協会管掌の健康保険の届出を同時に行う場合→『健康保険被扶養者(異動)届・国民年金第3号被保険者関係届』

記入方法

<A. 配偶者欄(第2号被保険者)>

- ①氏名 : 氏名は住民票に登録されている氏名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
 ②生年月日 : 年号は該当する番号を○で囲んでください。生年月日は右図のように記入してください。
 ④個人番号
 [基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
 ⑤住所 : ④「個人番号[基礎年金番号]」欄に個人番号を記入した場合は、住所の記入は不要です。基礎年金番号を記入した場合は、必ず住民票の住所を記入してください。

<B. 第3号被保険者欄> ①~④、⑦は必ず記入してください。また該当の場合は⑨~⑪を、非該当の場合は⑫~⑬を記入してください。

海外特例要件該当の場合は⑮~⑯を、海外特例要件非該当の場合は⑰~⑱を記入してください。

- ①氏名 : 氏名は、住民票に登録されている氏名をご記入ください。日付は、この届書を配偶者(第2号被保険者)を通じて事業主に提出する日付をご記入ください。※20歳未満または60歳以上の方は、第3号被保険者に該当しませんので、ご注意ください。
 ③性別(続柄) : 該当する番号を○で囲んでください。内縁関係にある場合は、「3. 夫(未届)」 「4. 妻(未届)」のいずれかを○で囲んでください。
 ④個人番号
 [基礎年金番号] : 個人番号または基礎年金番号を記入する場合は、記入する番号を確認した上で記入してください。基礎年金番号を記入する場合は、10桁・左詰めで記入してください。海外在住や短期在留等により個人番号がない方は、基礎年金番号(10桁・左詰め)を記入してください。
 ⑥外国人通称名 : 郵送物の宛名等について、通称名での登録を希望する場合は住民票に登録された通称名を記入してください。フリガナはカタカナで正確に記入してください。
 ⑦住所 : 配偶者(第2号被保険者)と同居または別居のいずれかを○で囲んだ上で、住民票の住所を記入してください。※住民票の住所と別の住所に通知書の送付を希望する場合、「国民年金第3号被保険者住所変更届」に別送先を記入して本届書とあわせて提出してください。※海外居住者については、郵送物が届く国内における協力者住所(親族、第2号被保険者の勤務先住所等)を方書も含めて記入してください。なお、「⑭「備考」欄には、第3号被保険者の海外住所を記入し、国内協力者が親族の場合は国内協力者の氏名および第3号被保険者との続柄を図<例1>のように記入してください。
 ⑨第3号被保険者になった日 : 第3号被保険者に該当した日を記入してください。20歳到達により第3号被保険者に該当した場合は、20歳になる誕生日の前日を記入してください。
 ⑫第3号被保険者でなくなった日 : 死亡の届出の場合は死亡日の翌日を、それ以外の場合は非該当になった日を記入してください。死亡の届出の場合、①「氏名」欄に第3号被保険者の氏名を記入し、「⑭「備考」欄に届出者(第2号被保険者)の氏名を記入してください。※海外居住中、海外特例要件に該当しなくなったときや離婚等により被扶養配偶者でなくなったときには第3号被保険者でなくなりますので、「⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄および⑬「理由」欄(「6. その他」に理由)を記入してください。
 ⑭備考 : 第3号被保険者等の氏名・生年月日・性別に変更(訂正)がある場合は、非該当(変更)を○で囲んでください。例1) 変更(訂正)前の情報と変更年月日は図<例2>のように記入してください。なお、個人番号をお持ちの方は氏名および生年月日の変更の届出は不要です。
 ⑮海外特例要件に該当した日 : 海外居住者が海外特例要件に該当した日を記入してください。

⑭ 備考	海外住所:○○○○ ○○○○○○○○ 国内協力者:国年 一部(父)
---------	--

- ⑯海外特例要件に該当した日 : 海外居住の第3号被保険者が、海外から転入して引き続き第2号被保険者である配偶者に生計を維持されているときなどには、海外特例要件に該当しなくなったことの届出が必要です。海外から国内に転入したときは転入日(日本に住所を有することになった日)を記入してください。なお、海外居住中に海外特例要件に該当しなくなったときは、「⑫「第3号被保険者でなくなった日」欄に記入してください。

<医療保険者記入欄>

- 認定年月日 : 扶養認定日が⑨「第3号被保険者になった日」と相違する場合のみ記入してください。

⑭ 備考	変更前氏名 コクホシ サンコ 国年 三子 変更年月日 令和元年6月1日
---------	---

海外居住の第3号被保険者の方へ

海外居住時の海外特例要件に該当する第3号被保険者の方は、海外居住中、「海外特例要件に該当しなくなったとき」[配偶者である第2号被保険者が資格喪失をしたとき] [当該第2号被保険者に生計を維持されなくなったとき] などには、第3号被保険者の資格喪失の届出が必要です(なお、資格喪失後も引き続き海外居住する場合、20歳以上65歳未満の日本国籍を有する方は国民年金に任意加入が可能です)。また、日本に住所を有したときや海外特例要件の事由を変更したときにも届出が必要です。

添付書類

医療保険者の扶養認定がされていない場合は、以下の添付書類が必要です。

ア. 退職により収入要件を満たす場合	退職証明書または雇用保険被保険者離職票のコピー
イ. 失業給付受給中、または受給終了で収入要件を満たす場合	雇用保険受給資格者証のコピー
ウ. 年金受給中の場合	現在の年金受給額がわかる年金額の改定通知書等のコピー
エ. 自営(農業等含む)による収入、不動産収入等がある場合	直近の確定申告書のコピー
オ. 上記イ~エ以外に他の収入がある場合	イ~エに添付した書類および課税(非課税)証明書
カ. 上記ア~オ以外	課税(非課税)証明書

・以下の続柄に該当する場合は添付してください。

配偶者と内縁関係にある場合	内縁関係にある二人の戸籍簿(抄)本、被保険者世帯全員の住民票の写し等
---------------	------------------------------------

※提出日からさかのぼって90日以内に発行されたものであること。

※「所得税法の規定による控除対象配偶者・扶養親族」で事業主の証明がある方は、原則として添付書類の添付は不要です。(個別のケースによっては、提出をお願いする場合があります)
 ※障害年金、遺族年金、傷病手当金、失業給付等非課税対象の収入がある場合は、受取金額の確認ができる通知書等のコピーが別途必要です。
 ※医療保険者の扶養認定がされていない場合で「海外特例要件」に該当するときは、上記書類にあわせて海外特例要件に該当していることを証する書類の添付が必要です。
 詳細は、日本年金機構ホームページでご確認ください。

個人番号(マイナンバー)により届出する際の本人確認

- ・第3号被保険者が事業主(船舶所有者)・共済組合に届書を提出するときは、事業主(船舶所有者)・共済組合において、マイナンバーが本人のものであることの確認と届書の提出を行う者が正当な番号の持ち主であることの確認を行う必要があるため、マイナンバーカード(個人番号カード)を届書に添付してください※1。なお、郵送で届書を提出する場合は、マイナンバーカードの表・裏両面のコピーを添付してください。
- ・配偶者(第2号被保険者)が第3号被保険者の代理人として届書を事業主(船舶所有者)・共済組合に提出するときは、第3号被保険者のマイナンバーカードの裏面のコピーまたはマイナンバーが確認できる書類のコピー、および代理権の確認ができる委任状※2を添付してください。
- ※1: マイナンバーカードをお持ちでない方は、以下の①および②の書類を添付してください。
 - ① マイナンバーが確認できる書類: 個人番号の表示がある住民票の写し、通知カード(氏名、住所等が住民票の記載と一致する場合に限る)
 - ② 身元(実存)確認書類 : 運転免許証、パスポート、在留カードなど
- ※2: B. 第3号被保険者欄①氏名欄の「※届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□」の□に✓を付すことにより、委任状の添付を省略することができます。
- ※事業主(船舶所有者)・共済組合において本人確認を行った後の確認書類は、届書に添付して日本年金機構に提出する必要はありません。

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



(記入例) 配偶者を扶養に入れる場合

令和 年 月 日提出

提出者情報	事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -	日本年金機構
	事業所名称	一般組合員は空欄で提出。 短期組合員は厚生年金の適用事業所を記入。	
	事業主氏名		
	電話番号		
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	組合員証番号 654123	
		社会保険労務士記載欄 氏名等	(印)

A. 者 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) コウネン タロウ 厚年 太郎	② 生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 4 月 9 日	③ 性別	1 男性 2 女性
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ナハシユリキンジョウウチョウ 〒 903 - 815 沖縄 那覇市首里金城町1-2-3	④ 基礎年金番号 [個人番号]	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	基礎年金番号を記入してください。		

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

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 2 年 4 月 3 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) コウネン ハナコ (氏名) 厚年 花子	② 生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 5 月 0 日	③ 性別(続柄)	1 夫 3 夫(未届) 2 妻 4 妻(未届)
	住所	〒 900 - 815 那覇市首里金城町1-2-3	④ 基礎年金番号 [個人番号]	0 9 8 7 6 5 4 3 2 1	⑤ 外国籍	⑧ 電話番号	1 自宅 2 携帯 3 勤務先 4 その他 098 (000) 0000
	⑨ 第3号被保険者になった日	7 平成 9 令和	年 0 2 月 0 4 日	⑩ 理由	1 配偶者の就職 2 婚姻 3 離職	4 収入減少 5 その他	⑭ 備考
	⑪ 配偶者の加入制度	31.厚生年金保険・健康保険 32.国家公務員共済組合	36.地方公務員等共済組合 37.日本私立学校振興・共済事業団	30.厚生年金保険・船員保険			
	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	7 平成 9 令和	年 月 日	⑬ 理由	1. 死亡(令和 年 月 日) 2. 離婚 3. 収入増加 6. その他()		
⑮ 海外特例要件該当日	1. 海外特例要件該当	9 令和 年 月 日	⑯ 理由	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動	4. 海外婚姻 5. その他()		
⑰ 海外特例要件非該当日	2. 海外特例要件非該当	9 令和 年 月 日	⑰ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()			

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

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	34470013
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。	
	認定年月日	令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)
	所在地	〒 900 - 8571 那覇市泉崎1-2-2
	名称	公立学校共済組合沖縄支部
代表者等氏名	支部長	
電話	098 (866) 2720	

様式コード			
4	3	0	0

国民年金

第3号被保険者関係届



(記入例)配偶者を扶養に入れる
かつ海外特例に該当する場合

令和 年 月 日提出

提出者情報	事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -	日本年金機構
	事業所名称	一般組合員は空欄で提出。 短期組合員は厚生年金の適用事業所を記入。	
	事業主氏名		
	電話番号		
事業主等受付年月日	令和 年 月 日	組合員証番号 654123	
		社会保険労務士記載欄 氏名等	

A. (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) コウネン タロウ	② 生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 4 月 9 日	③ 性別	1 男性 2 女性	
		厚年 太郎	④ 基礎年金番号 【個人番号】	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0				
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ナハシユリキンジョウチョウ 〒 903 - 815 沖縄 那覇市首里金城町1-2-3						基礎年金番号を記入してください。

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

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 2 年 4 月 3 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) コウネン ハナコ	② 生年月日	5 昭和 7 平成 9 令和	年 5 月 0 日	③ 性別(続柄)	1 夫 3 夫(未届) 2 妻 4 妻(未届)	
	⑦ 住所	〒 905 - 111 1. 同居 2. 別居 名護市大南1-2-3 厚年 一郎 様方	⑧ 電話番号	① 自宅 2. 携帯 3. 勤務先 4. その他 098(000)0000				
	⑨ 第3号被保険者になった日	7 平成 9 令和	0 2 0 4 0 1	⑩ 理由	1. 配偶者の就 2. 婚姻 3. 離職			
	⑪ 配偶者の加入制度	31. 厚生年金保険・健康保険 32. 国家公務員共済組合	36. 地方公務員等共済組合 37. 日本私立学校振興・共済事業	第3号被保険者の海外住所および続柄の記入、なお国内協力者住所が親族の場合は、氏名及び続柄も記入してください。				
	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	7 平成 9 令和		⑬ 理由	1. 死亡(令和) 2. 離婚 3. 取			
	右の⑮~⑰の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	⑮ 1. 海外特例要件該当	海外特例要件に該当した日	9 令和	0 2 0 4 0 1	⑯ 理由	1. 留学 2. 同行家族 3. 特定活動	
		⑰ 2. 海外特例要件非該当	海外特例要件に非該当となった日	9 令和		⑰ 理由	1. 国内転入(令和 年 月 日) 2. その他()	

健康保険証の発行元に確認を受けてください。 ※ 届出内容と健康保険証の発行元との相違する場合は、それぞれ届出が必要です。

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。	
	認定年月日	令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)
	所在地	〒 900 - 8571 那覇市泉崎1-2-2
名称	公立学校共済組合沖縄支部	
代表者等氏名	支部長	
電話	098(866)2720	

様式コード
4 3 0 0

国民年金

第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

(記入例)既に扶養に入っている方が
海外特例に該当する場合

提出者情報	事業所所在地	届出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -	日本年金機構
	事業所名称	一般組合員は空欄で提出。 短期組合員は厚生年金の適用事業所を記入。	
	事業主氏名		
	電話番号	()	
事業主等受付年月日		令和 年 月 日	

組合員証番号	654123
社会保険労務士記載欄	
氏名等	(印)

A. 者 (第2号被保険者)	① 氏名	(フリガナ) コウネン タロウ 厚年 太郎	② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7.平成 4 9 0 5 2 4 9.令和 性別 ③ 1.男性 2.女性
	④ 基礎年金番号 (個人番号)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	基礎年金番号を記入してください。	
	⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ナハシユリキンジョウウチヨウ 〒 903 - 815 沖縄 那覇市首里金城町1-2-3		

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

B. 第3号被保険者欄	① 氏名	この届書記載のとおり届出します。 令和 2 年 4 月 3 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) コウネン ハナコ	② 生年月日	⑤ 昭和 年 月 日 7.平成 5 0 1 0 1 2 9.令和 性別 ③ 1.夫 3.夫(未届) 2.妻 4.妻(未届)
	⑦ 住所	〒 905 - 111 名護市大南1-2-3 厚年 一郎 様方	⑧ 電話番号	①.自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 098(000)0000
	⑨ 第3号被保険者になった日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑩ 理由	1.配偶者の 2.婚姻 3.離職
	⑪ 配偶者の加入制度	31.厚生年金保険・健康保険 32.国家公務員共済組合 36.地方公務員等共済組合 37.日本私立学校振興・共済事業	⑫ 第3号被保険者でなくなった日	⑬ 理由
	⑭ 第3号被保険者でなくなった日	7.平成 年 月 日 9.令和	⑮ 理由	1.死亡(令和) 2.離婚 3.他
	右の⑮~⑰の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	⑰ 海外特例要件に該当した日 1.海外特例要件該当 9.令和	⑱ 理由	1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他()

国内協力者住所の記入。
※通知等の郵送物があるため、国内協力者として、親族もしくは第2号被保険者の事業所を必ず記入してください。

第3号被保険者の海外住所および続柄の記入、なお国内協力者住所が親族の場合は、氏名及び続柄も記入してください。

施行日「令和2年4月1日」以降の日付であること。

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

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号	34470013
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。	
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)	
	所在地	〒 900 - 8571 那覇市泉崎1-2-2
	名称	公立学校共済組合沖縄支部
	代表者等氏名	支部長
電話	098(866)2720	

様式コード			
4	3	0	0

国民年金 第3号被保険者関係届



令和 年 月 日提出

(記入例)海外特例非該当の場合(帰国)
 ※帰国による海外特例要件非該当届は、
 改めて被扶養者であることの確認が必要です。

提出者情報	提出記入の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。 〒 -	日本年金機構
	事業所所在地	組合員証番号 654123
	事業所名称 一般組合員は空欄で提出。 短期組合員は厚生年金の適用事業所を記入。	社会保険労務士記載欄
	事業主氏名 電話番号 ()	氏名等 (印)
事業主等 受付年月日	令和 年 月 日	

A. (第2号被保険者)	① 氏名 (フリガナ) コウネン タロウ 氏名 厚年 太郎	② 生年月日 ⑤ 昭和 平成 令和 年 月 日 ③ 性別 ① 男性 2 女性
	④ 基礎年金番号 [個人番号] 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	
⑤ 住所	個人番号を記入した場合は、住所記載は不要です。(フリガナ) ナハシユリキンジョウウチョウ 〒 903 - 815 沖縄 都道 那覇市首里金城町1-2-3	基礎年金番号を記入してください。

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

B. 第3号被保険者欄	① 氏名 この届書記載のとおり届出します。 令和 2 年 6 月 1 日 日本年金機構理事長あて (フリガナ) コウネン ハナコ (氏名) 厚年 花子	② 生年月日 ⑤ 昭和 平成 令和 年 月 日 ③ 性別 (続柄) ① 夫 3 夫(未届) 妻 4 妻(未届)
	④ 基礎年金番号 [個人番号] 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1	⑤ 外国籍
	⑦ 住所 ① 同居 ② 別居 〒 900 那覇市首里金城町1-2-3	⑧ 電話番号 ① 自宅 2.携帯 3.勤務先 4.その他 098 (000) 0000
	⑨ 第3号被保険者になった日 7.平成 9.令和 年 月 日 ⑩ 理由 1.配偶者の就職 2.婚姻 3.離婚 4.収入減少 5.その他 ()	⑭ 備考
	⑪ 配偶者の加入制度 31.厚生年金保険・健康保険 32.国家公務員共済組合 36.地方公務員等共済組合 37.日本私立学校振興・共済事業団 30.厚生年金保険・船員保険	
⑫ 第3号被保険者でなくなった日 7.平成 9.令和 年 月 日 ⑬ 理由 1.死亡(令和 年 月 日) 2.離婚 3.収入増加 6.その他 ()		
右の⑮~⑰の欄は、海外へ転出した場合や海外から転入した場合にいずれかを○で囲み、記入してください。	⑮ 1.海外特例要件該当 2.海外特例要件非該当 ⑯ 理由 1.留学 2.同行家族 3.特定活動 4.海外婚姻 5.その他 ()	⑰ 理由 ① 国内転入(令和 02 年 06 月 01 日) 2.その他 ()

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

医療保険者記入欄	組合(保険者)番号 34470013
	上記のとおり第3号被保険者関係届の届出がありましたので提出します。
	届出記載の第3号被保険者は、健康保険組合又は共済組合に加入している者の被扶養者であることを確認する。 認定年月日 令和 年 月 日 (「⑨第3号被保険者になった日」と同じ場合は、記載の必要はありません)
	所在地 〒 900 - 8571 那覇市泉崎1-2-2
	名称 公立学校共済組合沖縄支部
	代表者等氏名 支部長 電話 098 (866) 2720

届書コード	1	同一市区町村内
2	1	同一市区町村外

事務センター長 所 長	副事務センター長 副 所 長	グループ長 課 長	担当者

国民年金第3号被保険者住所変更届

組合員証番号

◎ ※「印」欄は記入しないでください。

被保険者欄 変更後 変更前	配偶者欄 変更後 変更前	住所 7.平成 9.令和	備考 □ 短期在留 □ 海外居住 □ 住民票住所以外の居所 ^{注1} □ その他()	イ 配偶者の氏名 (フリガナ) (氏) (名)	※ 生 年 月 日 5. 昭和 7. 平成
ア 基礎年金番号(または個人番号)		都 道 府 県			
基礎年金番号(または個人番号)		都 道 府 県			
郵便番号		都 道 府 県			
住所		都 道 府 県			
住所 7.平成 9.令和		都 道 府 県			
住所 7.平成 9.令和		都 道 府 県			

(注1)住民票住所以外の居所を登録する場合は、今後、住所(居所)を変更した際に手続きが必要となります。

被保険者と配偶者が同居の場合は④～⑦欄への記入は不要です。同居の場合は、下記の□欄に「レ」等のしるしを付してください。^{注2}
(□被保険者と配偶者は同居している。)

被保険者欄 変更後 変更前	住所 7.平成 9.令和	① 基礎年金番号(または個人番号)	② 生 年 月 日 5. 昭和 7. 平成	③ 被保険者氏名 (フリガナ) (氏) (名)	送 信 ⑥ 住所変更年月日 平成 7 令和 9
④ 郵便番号		都 道 府 県			
住所 7.平成 9.令和		都 道 府 県			
住所 7.平成 9.令和		都 道 府 県			
住所 7.平成 9.令和		都 道 府 県			

届出人の個人番号(基礎年金番号)に誤りがなければ、ここを確認しました。		令和 年 月 日 提出
(事業主等)	事業所等所在地 那覇市泉崎1-2-2 事業所等名称 公立学校共済組合沖縄支部 事業主等氏名 支部長	電 話 098-866-2720 印

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。		令和 年 月 日 提出
(医療保険者等)	所在地 那覇市泉崎1-2-2 名称 公立学校共済組合沖縄支部 氏名 支部長	電 話 098-866-2720 印

国民年金第3号被保険者住所変更届の記載のとおり届出します。		令和 年 月 日 提出
届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□		
日本年金機構理事長 あり		
(届出人)	住所 氏名	電 話 印 (本人が自署した場合は押印は不要です)

(記入例) 組合員と配偶者が別居

届書		
届書コード	1 同一市区町村内	2 同一市区町村外
1	1	2

組合員証番号 **654123**

※事業所整理記号	※被保険者整理番号
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
変更後	変更前
郵便番号	住所
7.平成 9.令和	都道府県
変更年月日	住所
7.平成 9.令和	都道府県

◎

※「印欄」は記

組合員について

組合員の配偶者について

この届は、日本に住民をお持ちの方で住民の住所変更手続きがお済みの方は、原則届出が不要です。海外居住や短期在留外国人の方または住民住所以外の居住を登録する場合には提出してください。

国民年金第3号被保険者住所変更届

ア 基礎年金番号(または個人番号)	イ 配偶者の氏名	※ 生年月日
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	タロウ 厚年 太郎	5.昭和 7.平成
ウ 備考	エ 住所	
短期在留 海外居住	都道府県	
住民住所以外の居所 ^{注1}	住民住所以外の居所 ^{注1}	
短期在留 海外居住	その他	

被保険者と配偶者が同居の場合は④～⑦欄への記入は不要です。同居の場合は、下記の□欄に「レ」等のしるしを付けてください。^{注2}

(□被保険者と配偶者は同居している。)

(注1)住民住所以外の居所を登録する場合は、今後、住所(居所)を変更した際、手続きが必要となります。

基礎年金番号を記入してください。

住民住所以外の居住を登録済みの方が、住民住所へ登録を変更する場合は、「その他」に□を付し、「住民住所へ変更」と記入してください。

① 基礎年金番号(または個人番号)	② 生年月日	③ (フリガナ) 被保険者氏名	④ 郵便番号	⑤ (フリガナ) 住所	⑥ 住所変更年月日
0 9 8 7 6 5 4 3 2 1	5 0 1 0 1 2	厚年 花子	9 0 0 0 1 5	那覇市久茂地9-9-9	平成 令和 0 2 0 4 1 0
変更後	5.昭和 7.平成	送 信	※ 住所コード	都道府県	短期在留 海外居住 住民住所以外の居所 ^{注1} その他
変更前			都道府県	那覇市首里金城町1-2-3	

イ 備考	工 備考

届出人の個人番号(基礎年金番号)に誤りがないことを確認しました。

令和 年 月 日 提出

事業所等所在地 那覇市泉崎1-2-2

事業所等名称 公立学校共済組合沖縄支部

事業主等氏名 支部長

電 話 098-866-2720

(事業主等) 印

上記のとおり被保険者から第3号関係の届出がありましたので提出します。

令和 年 月 日 提出

(所在地) 那覇市泉崎1-2-2

(医療保険者等) 公立学校共済組合沖縄支部

氏名 支部長

電 話 098-866-2720

印

国民年金第3号被保険者住所変更届の記載のとおり届出します。

届書の提出は配偶者(第2号被保険者)に委任します□

日本年金機構理事 兼 那覇市首里金城町1-2-3

令和2年 4月 15日 提出

(届出人) 住所 那覇市首里金城町1-2-3

氏名 厚年 花子

電話番号 098 - 8666 - 8888

(本人が自筆した場合は押印不要です。)

個人番号報告書

共済組合受付印	所属機関又は所属所受付印

所属所名	所属所コード	組員番号

組員本人（被扶養者のみを報告するときは記載不要）							
氏名					性別	生年月日	
					1. 男	元号	年
個人番号					2. 女		
担当者確認欄	上記の組員の個人番号であることを確認しました。 ※ 本人確認の後、□にレ点を記入してください。					チェック欄 ※	
						□	

被扶養者①	氏名					個人番号							
	性別	1. 男	生年月日			元号	年	月	日	続柄			
	2. 女												

被扶養者②	氏名					個人番号							
	性別	1. 男	生年月日			元号	年	月	日	続柄			
	2. 女												

被扶養者③	氏名					個人番号							
	性別	1. 男	生年月日			元号	年	月	日	続柄			
	2. 女												

上記のとおり報告します。
 (※被扶養者報告の場合)被扶養者の個人番号の本人確認は私が行いました。

公立学校共済組合沖縄支部長 殿

令和 年 月 日

組員氏名

上記記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所属機関又は所属所

所属機関の長 職 名

又は所属所長 氏 名

連絡先 ー ー

1. この様式の利用目的及び本人確認方法は、裏面をご参照ください。 (R6.12月 改)

【個人番号の利用目的について】

当組合は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律別表第1の24の項に規定する「厚生年金保険法による年金である保険給付若しくは一時金の支給又は保険料その他徴収金の徴収に関する事務」及び39の項に規定する「地方公務員等共済組合法による短期給付若しくは年金である給付の支給若しくは福祉事業の実施又は地方公務員等共済組合法の長期給付等に関する施行法による年金である給付の支給に関する事務」のために、個人番号を利用します。

【番号確認及び身元確認について】

組合員から個人番号の提供を受ける際の番号確認及び身元確認は、下記の表を確認し各所属機関又は各所属所にて行ってください。

なお、被扶養者の個人番号の提供を受ける際は、組合員が本人確認を行うため、本人確認書類の提示は必要ありません。

本人確認書類	
番号確認書類	身元確認書類
下記のいずれか1つの番号確認書類 ○個人番号カード(裏面) ○通知カード ○個人番号が記載された住民票(写し)又は 住民票記載事項証明書	下記のいずれか1つの身元確認書類 ○個人番号カード(表面) ○運転免許証又は運転経歴証明書 ○旅券(パスポート) ○身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 又は療養手帳 ○在留カード又は特別永住者証明書 上記の身元確認書類を有していない場合は、下記のいずれか2つの身元確認書類 ○公的医療保険の証等 ○年金手帳 ○児童扶養手当証書又は特別児童扶養手当証書 ○その他住民票等

※組合員申告書(組合員資格取得届)・被扶養者申告書を提出の際に、本人確認書類の提出は必要ありません。

職 員 調 書

フリガナ			性 別	男 ・ 女	
氏 名			生年月日	昭和 平成	年 月 日
住 所	〒				
所 属 所			職 名		
任用期間 及び 任命権者	平成	年 月 日	～	平成	年 月 日 ()
	令和	年 月 日	～	令和	年 月 日 ()
	平成	年 月 日	～	平成	年 月 日 ()
賃 金 の 支 給 形 態	↓いずれかに○印				
	給料表適用者	※級号給を記入 職() 級 号給			
	そ の 他	※該当するものに○印 (月 額 ・ 日 額 ・ 時 間 給)			
	(特記事項)				
常勤職員と同一勤務条件で 引き続いて勤務した過去 12か月の各月別勤務日数	月				
	勤 務 日 数				
1週間当たり勤務日数及び 1日当たり勤務時間数	1週間当たり 勤務日数		:	日	1日当たり 勤務時間数
今後常勤職員と同一勤務条件 での採用見込み					
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>公立学校共済組合 沖縄支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>任命権者</p>					

※ 共 済 組 合 記 入 欄	組合員資格認定年月日	令和	年	月	日
------------------------	------------	----	---	---	---

(R6.12月 改)

1. 会計年度任用職員の方が、組合員申告書等とあわせて添付する書類になります。
2. 履歴書を添付してください。※任命権者の証明必須

