

共 済 掛 金 控 除 依 頼 書

年 月 日

公立学校共済組合大阪支部長 殿

所 属 所 コード _____

所 属 所 名 _____

組 合 員 証 記 号 番 号 公立阪 _____

組 合 員 氏 名 _____ ㊞

電 話 番 号 _____

休職中の連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください。）

郵便番号 _____

住所 _____

氏名 _____ 組合員との続柄

電話 _____

年 月 日から無給休職となりましたので、傷病手当金・傷病手当金附加金（以下「傷病手当金」）から掛金を控除していただくよう依頼します。

【注】

1. 傷病手当金の支給時に、掛金（未収掛金を含む）を控除します。
2. 傷病手当金支給時において未納となっている掛金を控除しますので、傷病手当金の対象月と掛金の対象月は一致しないことがあります。
（例：6月15日支給の傷病手当金からその時点で未納となっている5月分までの掛金を控除します。）
3. 傷病手当金が支給期間満了等により支給がなくなったときにおいて、未納となっている掛金が残っている場合は、納付書での振込となります。