

地共済短期給付コード表(平成31年度改正)

性別		コード	意味
	1		男
	2		女

組合員種別		コード	意味
	1		一般組合員
	2		船員組合員
	3		任意継続組合員
	4		特別療養対象者
	7		後期高齢
	8		みなし
	9		継続長期
	20		その他

一般職・特別職区分		コード	意味
	1		一般職
	2		特別職

年号		コード	意味
	1		明治
	2		大正
	3		昭和
	4		平成
	5		令和

結核		コード	意味
	1		結核である
	2		結核でない

資格取得区分(組合員)		コード	意味
	1		就職
	2		転入(他支部)
	3		転入(他共済)
	4		転入(その他)
	5		任意継続
	6		特別療養
	7		再就職
	8		転入(国共)
	9		後期高齢
	98		継続長期
	99		番号変更

資格喪失区分(組合員)		コード	意味
	1		退職
	2		死亡
	4		任意継続
	5		未納
	6		満了
	7		予定任継
	8		特別療養
	9		自己都合
	10		転出(他支部)
	11		転出(他共済)
	12		転出(その他)
	13		転出(国共)
	14		後期高齢
	98		継続長期
	99		番号変更

資格取得区分(被扶養者)		コード	意味
	1		普通
	2		特別
	98		継続長期
	99		番号変更

資格喪失区分(被扶養者)		コード	意味
	1		他制度
	2		転出
	3		死亡
	4		収入超過
	5		超過見込
	6		送金なし
	7		共同扶養
	8		任意継続
	9		予定任継
	10		特別療養
	11		後期高齢
	12		後期組
	98		継続長期
	99		番号

医科・歯科		コード	意味
	1		医科
	2		歯科

入院・外来		コード	意味
	1		入院
	2		外来(入院外)

続柄		コード	名称(詳細)
	00		本人
	01		夫
	02		妻
	10		配偶者の子
	11		長男
	12		二男
	13		三男
	14		四男
	15		五男
	16		六男
	17		七男
	18		八男
	19		九男以上
	20		養子
	21		長女
	22		二女
	23		三女
	24		四女
	25		五女
	26		六女
	27		七女
	28		八女
	29		九女以上
	31		父
	32		養父
	33		義父
	41		母
	42		養母
	43		義母
	51		兄
	52		弟
	53		祖父
	54		義兄

続柄2		コード	名称(詳細)
	55		義弟
	56		義祖父
	57		孫
	61		姉
	62		妹
	63		祖母
	64		義姉
	65		義妹
	66		義祖母
	67		配偶者の孫
	71		曾祖父
	72		伯父・叔父
	73		甥
	74		義曾祖父
	75		義伯父・義叔父
	76		義甥
	77		曾孫
	81		曾祖母
	82		伯母・叔母
	83		姪
	84		義曾祖母
	85		義伯母・義叔母
	86		義姪
	87		配偶者の曾孫
	90		子の配偶者
	91		孫の配偶者
	92		兄弟姉妹の配偶者
	93		甥姪の配偶者
	94		曾孫の配偶者
	95		伯(淑)父の配偶者
	96		伯(淑)母の配偶者
	99		その他

限度額適用認定証等の発行について

■認定証の交付を受ける方法

「限度額適用認定申請書」に必要事項を記入のうえ、所属所の地共済事務担当者へ提出してください。

※「限度額適用・標準負担額減額認定申請書」は、組合員本人が低所得（市町村民税が非課税等）の場合のみ使用してください。

《様式の掲載場所》

コーラル21→総務部→職員厚生課→地共済『組合員証・短期給付請求関係（様式等）』

※書類記入上の注意※

◎申請書内に記入する標準報酬月額について

掛金の基礎額 = 【標準報酬月額（給料＋各種手当）】を記入してください。

※給与明細の一段目で給与支給明細書の下欄、月額（短期）を記載。

◎申請書内の「入院（通院）予定期間」は必ず記入してください。

なお、平成27年10月から標準報酬制が導入され、標準報酬月額の定期改定日が9月1日となることから、有効期限は最長、翌年の8月31日までとなります。ただし、再任用フルタイム、任意継続組合員、任期付き組合員については期限が異なります。

例1) 令和4年4月1日～令和5年8月31日

例2) 令和4年9月1日～令和5年8月31日

既に、令和4年8月31日までの限度額認定証の交付を受けている方で、9月以降も引き続き認定証が必要な方は、再度申請が必要となります。

■□留意事項□■

1. 限度額適用認定の認定日は、申請のあった日の属する月の1日からとなります。

※遡っての認定はできません。

入院予定のある方は、余裕を持って所属所の地共済事務担当者へ申請書を提出してください。担当者においては、申請書を速やかに地共済へ提出するようご協力をお願いします。

2. 有効期限の過ぎた認定証は所属の共済事務担当者を経由して、速やかに地共済へ返却をお願いします。

返却がない場合は、次回以降の認定証等の発行ができませんのでご注意ください。

限度額適用認定申請書

限度額適用認定証の発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日からとなります。遡っての認定は出来ません。
 入院予定のある方は、余裕を持って所属所へ申請書を提出してください。
 ※負担割合2割の高齢受給者証をお持ちの方は申請の必要はありません。

※地共済記入
 ※所得区分

組 合 員	氏 名			所属機関名		
	生 年 月 日	昭 平	年 月 日	所属機関所在地		
	標準報酬月額(掛金の基礎額)				円	
適用対象者	氏 名				性別	男・女
	給与明細の一段目、給与支給明細書(下の欄)の月額(短期)の金額を記入して下さい。				月 日	続柄
	入院(通院)予定期間	令和 年 月 日		～	令和 年 月 日	

上記のとおり申請します

記入いただいた期間を期限として交付します。
 延長等が考えられる場合には、余裕を持って申請してください。
 ※標準報酬月額は毎年9月に改定されます。そのため、4月に申請しても期限は8月31日となります。それ以降使用予定のある方は、再度申請してください。

住所
 組合員 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

職名
 所属所長 氏名

公印

Q. 所属所とは？

A. 知事部局・県議会事務局・監査委員事務局・人事委員会事務局・選挙管理委員会・労働委員会事務局 → 総務事務センター

企業局 → 企業局総務企画課

病院事業局 → 本庁は県立病院事業総務課、各県立病院はその病院

負担額減額認定申請書Jにて申請してください。

ださい。

担当者氏名

所電話番号

限度額適用・標準負担額減額認定申請書

限度額適用認定証の発効年月日は、申請のあった日の属する月の初日からとなります。遡っての認定は出来ません。
 入院予定のある方は、余裕を持って所属所へ申請書を提出してください。
 ※組合員本人の市町村民税の非課税証明書を添付してください(入院(通院)月が4月から7月の期間にある場合は前年度の非課税証明書)。
 ※高齢受給者証をお持ちの方の入院予定により申請する場合で、世帯全員(組合員と地共済で認定されている被扶養者)が非課税となる場合は、世帯全員の市町村民税の非課税証明書を添付してください。

組 合 員	生 年 月 日	平 年 月 日	所属機関所在地		
	標準報酬月額(掛金の基礎額)		円		
適用対象者	氏 名			性別	男・女
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
	入院(通院)予定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	長期入院	該当・非該当	
※長期入院該当者のみ記入	申請の前1年間の入院期間				
	入院した保険医療機関等				

住民税非課税世帯で過去1年間に90日以上入院がある場合には、該当に○をつけてください。
 (課税世帯である期間中の入院日数は除きます)
 また、その場合には、入院期間、入院した医療機関名も記入してください。

減額対象者に該当しますので、上記のとおり申請し

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 年 月 日

住所
組合員 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

職名
所属所長

公印

Q. 所属所とは?
 A. 知事部局・県議会議務局・監査委員事務局・人事委員会事務局・選挙管理委員会・労働委員会事務局 → 総務事務センター
 企業局 → 企業局総務企画課
 病院事業局 → 本庁は県立病院事業総務課、各県立病院はその病院

※限度額適用非課税証

能となります。

名

号

特定疾病療養受療証交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	組合員証 記号番号	地・沖縄		組合員氏名	
	住 所				
	認定対象者 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
	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			

該当する疾病の数字を○で囲んでください。
その上で、医師の意見欄の証明をもらってください。

医 師 の 意 見 欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。				
	令和 年 月 日				
	保険医療機関等	住所			
		医療機関名	通院している医療機関の医師の証明		
		医師名			

上記のとおり申請します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 年 月 日

住所

組合員 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

職 名

所属所長

公印

Q. 所属所とは？
 A. 知事部局・県議会事務局・監査委員事務局・人事委員会事務局・
 選挙管理委員会・労働委員会事務局 → 総務事務センター
 企業局 → 企業局総務企画課
 病院事業局 → 本庁は県立病院事業総務課、各県立病院はその病院

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

給付種別 コード

療養費・家族療養費 請求書
(看護料・移送料を含む)
高額療養費

組合員番号	組 合 員 氏 名				所 属 機 関 名						
療 養 者 名	療 養 者 生 年 月 日		性 別	続 柄	始 療 養 期 間		終				
	元号	年	月	日	コード	コード	元号	年	月	日	
							~				
傷病名					療養に要した費用	日数	入院	医科	外科	歯科	
傷病の 原因					初診 年月日	平成	年	月	日		
医療機関又 は薬局名及 びその住所					保険医療機関 保 險 薬 局 そ の 他	看護又は 移送の 承認年月日	平成	年	月	日	
移送の区間					移送の方法						
組合員証を 使用しなかつた理由											
請求金額	円										
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日 請求者 住 所 氏 名</p>											
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 職名 所属所長 氏名 印</p>											

1. 組合員証を使用しなかつた理由は、具体的に詳しく書いてください。
 2. 看護料については、看護師(準看護師)免状の写し又は看護補助者使用についての施設長の証明書を添えてください。
 3. 看護料又は移送料については、看護・移送承認申請書により承認された看護の期間をこえ、又は承認された移送の区間若しくは方法によらなかつた場合には、「組合員証を使用しなかつた理由」欄にその理由を詳しく書いてください。
 4. 療養期間が2ヶ月以上に亙る場合は、各月ごとに請求してください。
 5. 治療用装具に係る請求の場合の療養期間は装具の装着日となります。
- ※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

記載例	本人なら「療養費」 家族なら「家族療養費」を ○で囲む	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">事務長</td> <td style="width: 15%;">事務次長</td> <td style="width: 15%;">班長</td> <td style="width: 15%;">担当者</td> <td style="width: 15%;">原票</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">/</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	事務長	事務次長	班長	担当者	原票	/				
事務長	事務次長	班長	担当者	原票								
/												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">給付種別 コード</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>	給付種別 コード				<p>療養費・家族療養費 (看護料・移送料を含む) 高額療養費</p> <p style="text-align: right;">請求書</p>	療養期間が1日の場合、始 期終期は同じ年月日を記入。 装具の場合は領収年月日 を始期終期に記入						
給付種別 コード												
※元号は 昭和=3 平成=4です	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">組合</td> <td style="width: 40%;">組合員氏名</td> <td style="width: 50%;">所属</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 1 2 3 4 5 6</td> <td style="text-align: center;">共済 花子</td> <td style="text-align: center;">職員 生課</td> </tr> </table>		組合	組合員氏名	所属	0 1 2 3 4 5 6	共済 花子	職員 生課				
組合	組合員氏名	所属										
0 1 2 3 4 5 6	共済 花子	職員 生課										
療養者名	療養者生年月日	性別	続柄	始	療養期間	終						
本人	3 4 4 1 0 1 8	2	0 0	5 0 1 0 5 1 6	~	5 0 1 0 5 1 6						
傷病名	腰椎間板ヘル	療養に要した費用は、病院での 全額自己負担時の領収書金額 や、装具代の領収書金額を記 入		療養に要した費用	日数	入院 外来 歯科						
傷病の 原因	不明	年月日	平成 3 0 年 4 月 1 1 日									
医療機関又 は薬局名及 びその住所	沖縄ひまわり病院	保険医療機関 保険薬局 その他	看護又は 移送の 承認年月日	平成 年 月 日								
移送の区間	移送											
組合員証を 使用しなかつた理由	装具使用のため											
請求金額	2 0 , 4 4 0 円	2 9 , 2 0 0 円 × 0 , 7 = 2 0 , 4 4 0 円										
上記のとおり請求します。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 令和 1 年 6 月 3 日 請求者 氏名 共済 花子												
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 1 年 6 月 7 日 所属所長 職名 総務事務センター室長 氏名 沖縄 県太 印												

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
 2. 看護料については、看護師(準看護師)免状の写し又は看護補助者使用についての施設長の証明書を添えてください。
 3. 看護料又は移送料については、看護・移送承認申請書により承認された看護の期間をこえ、又は承認された移送の区間若しくは方法によらなかった場合には、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく書いてください。
 4. 療養期間が2ヶ月以上に互る場合は、各月ごとに請求してください。
 5. 治療用装具に係る請求の場合の療養期間は装具の装着日となります。
- ※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	地方 花子
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

証 明 書 見 本

患者の氏名	共済 花子	生 年 月 日	昭和46年10月18日	性 別	男・女
住 所	那覇市泉崎1番地				
病 名	腰椎間板ヘルニア				
上記の病名により 腰椎装具(軟性) の装着の必要を認める					
入院・外来					

上記のとおり相違ないことを証明いたします

令和1年5月16日

名 称 沖縄ひまわり病院

医 師 沖繩 太郎 印

見本

領 収 書

共済 花子 殿

令和1年5月17日

領収金額 ￥31,440-

共済義肢製作所
代表取締役 共済太郎
那覇市泉崎1-2-2

製品名称	腰椎装具			
区分	使用材料	数量	単価	金額
基本価格	C-4 (金属枠、硬性)	1	15,000	15,000
椎支持部	A-2 モールト 支柱無	1	8,000	8,000
その他付属品	内張り 椎支持部	1	7,000	7,000
			小 計	30,000
			上記の4.8%	1,440
			合 計	31,440

海外受診時の
診療内容明細書 (医科)



1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。
3. 手術を行なった場合は、傷病名、術式、麻酔の種類、検査費、薬剤の種類、処置料を別紙に日本語訳をつけ、記載して下さい。(記載がない場合は詳細がわからない為、不利益が生じる可能性があります。)

Form A
様式 A

Attending Physician's Statement
診療内容明細書

1. Name of patient (Last,First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名 年令 (生年月日) 性別 (男・女)

2. Name of illness or injury 傷病名 日本語訳

3. Date of First Diagnosis: 初診日 [年 月 日]

4. Days of Diagnosis and Treatment: days 診療日数 [日間]

5. Type of Treatment 治療の分類

Hospitalization :

入院

MARK THE DATE PATIENT RECEIVED TREATMENT																
MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
()																
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

(days)
[日間]

Outpatient or Home Visit :

入院外

MARK THE DATE PATIENT RECEIVED TREATMENT																
MONTH	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
()																
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

(days)
[日間]

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

7. Prescription, operation and any other treatments (in brief) 処方、手術その他の処置の概要
日本語訳

8. Was the treatment required as result of an accidental injury? Yes NO
治療は事故の傷害によるものですか。 はい いいえ

9. Itemized amounts paid to Hospital and/or Attending Physician : Form B
治療実費 様式 B

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

Name 名前 : Last 姓 First 名

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名)

Address 住所

Phone 電話番号

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

表

This form should be completed and signed by the attending physician/
Superintendent of Hospital or Clinic

この様式は担当医又は病院事務長が書き、かつ署名して下さい。

Form B 様式 B	Itemized Receipt 領取明細書	Payment (支払金額)	
		Outpatient of Home Visit (入院外)	Hospitalization (入院)
		Month () [] 月分	Month () [] 月分
(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	職業看護婦費		
(9) X-Ray Examinations	X線検査費		
00 Laboratory Tests	諸検査費		
01 Surgical Dressing	包帯費		
02 Anesthetics	麻酔費		
03 Operating Room Charge	手術室費用		
04 The Others (Specify)	その他(明記せよ)		
05 Tax	税金		
09 Total	合計		
Currency (unit)	通貨単位		

Important: Exclude the amount irrelevant to the treatment, i.e. payment for room charge.
注 意: 室料等治療に直接関係のないものは除いて下さい。

Medicines 医薬費

Medicine 医薬名	Japanese 日本語訳	a standard 規格	a unit price 単価	an amount 数量	an amount of money 金額
Total	合計				

Name and Address of Attending physician / Superintendent of Hospital or Clinic
担当医又は病院事務長の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 _____ First 名 _____ title _____

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名) _____

Address 住所 _____

Phone 電話番号 _____

Date 日付 _____ Signature 署名 _____

裏

海外受診時の
診療内容明細書 (歯科)



1. This form is used for claiming the social insurance benefit.
この様式は社会保険の給付の申請に使用されます。
2. This form should be completed and signed by the attending physician.
この様式は担当医が書き、かつ署名して下さい。

Attending Physician's Statement

診療内容明細書
Itemized Receipt 領収明細書 Dental 歯科

Name of patient (Last, First) Age (Date of Birth) Sex (Male・Female)
患者名 年齢 (生年月日) 性別 (男・女)

Permanent (疾病の名称および部位) 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8		Baby teeth (乳歯) V IV III II I | I II III IV V V IV III II I | I II III IV V	
Identify examined teeth: (該当する部位を○でかみ病名をつける) cavity (C) (むし歯) pyorrhea al veolaris (P) (歯槽膿漏) missing teeth (F) (欠歯) extraction needed (Z) (要抜歯) stomatitis (G) (口内炎)			
Examination fees (診断料) _____ First examination (初診日) _____ Days of Diagnosis and Treatment (診療日数) MARK THE DATE PATIENT RECEIVED TREATMENT MONTH | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 ( ) | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | ( days)		Payment (支払金額) Month () (月分)	
Examination fees (検査料) X-ray fee (レントゲン) other (その他)			
Services (治療した歯の部位と治療の種類) (Describe when gold, platinum or porcelain was used (治療材料に金、白金、陶歯(ポーセレン)を使用したときは特記して下さい)) • Filling (充てん) • inlaying (インレー又はアンレー) • capping (metal) • Jacket capping (ジャケット冠) • capping connected (歯冠継続歯) • tipped Teeth (欠損歯を補綴した場合その部位と種類) • bridge (ブリッジ) • partial artificial teeth (局部義歯) • total artificial teeth (総義歯) Currency (unit) 通貨単位 Total (計)			

Medicines 医薬費

Medicine 医薬名	Japanese 日本語訳	a standard 規格	a unit price 単価	an amount 数量	an amount of money 金額
Total 合計					

Name and Address of Attending Physician

担当医の名前及び住所

Name 名前: Last 姓 First 名

Name of Hospital or Clinic (病院又は診療所名)

Address 住所 Office 病院又は診療所

Phone 電話番号

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

第3編 短期給付

第27号の1

診療報酬領収済明細書

組合員証 記号番号			保険者番号			組合員証の 発行機関			
組合員氏名						公務上			
受給者氏名	年 月 日生					公務外	乗船中発病したもの		
生年月日							年 月 日		下船中発病したもの
傷病名 ① ②	初診	年 月 日	当月開始	年 月 日	診療日数	日	終診	年 月 日	
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	日	日	年 月 日	転帰 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			
項目内容						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	回	円						
投薬料	内服	1剤投与	日分	円					
		2剤投与	日分	円					
	外用	回	円						
注射料	(皮)(筋)	回	円						
	(静)(動) の別を記入	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	透視撮影	枚	円						
その他									
入院料	看自日	日	日間	円					
	賄食(無)寝	日	日間	円					
合計			円						
領収済額			円						
療 法 開 始 年 月 日									
結核科学療法						年	月	日	
駆梅療法						年	月	日	
()						年	月	日	
結核予防法による公費負担						円			
初診に要した月の診療額						円			
入院の初日						年	月	日	
上記のとおり領収しました。									
殿									
令和 年 月 日 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。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

第3編 短期給付

第27号の2

診療報酬領収済明細書

組合員証記号番号		保険者番号		組合員証の発行機関	
組合員住所氏名			公務上		
療養者住所氏名			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 XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXX | XXXXXXXXXXXX		右	
				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	年月日
診療の内訳					終診
診療の項目					年月日
内訳					摘要
診察料	初診				円
投薬料	内服薬	剤投与 日分			円
	外用薬	回			円
注射料	皮下	回			円
	静脈	回			円
処置料(硬)	撤去	歯			円
	普通処置	回			円
	複根	管			円
	抜髄	歯			円
	根充	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
補てつ料	義歯	床歯			円
	金属こう	14 K	特殊鋼	不銹鋼	レスト
					有・無
	パラタ	リンガ	特殊鋼	不銹鋼	歯
	ルバー	ルバー			円
	歯冠性続歯	14 K	レジン	陶歯	歯
	支台築造	銀	ア	セ	歯
金属冠	金	金パラ	銀合金	歯	
その他				円	
手術料	拔牙	歯			円
	手術				円
	その他				円
処置料(軟)	歯石除	去			回
					円
レントゲン				円	
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
令和 年 月 日 殿 医療機関名 及びその住所					円
					入院の初日
					年月日

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。
- 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

第3編 短期給付

別紙1

療養費支給申請書(はり・きゅう)

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等記号番号										○被保険者氏名										○住所																													
											印																																							
	○療養を受けた者の氏名										○性別					○生年月日					○続柄					○業務上・外、第三者行為の有無																								
											男・女					大・昭・平 年 月 日生										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他																								
被 保 険 者 欄	○傷病名										○発病又は負傷年月日										○発病又は負傷の原因及びその経過																													
											年 月 日																																							
施 術 内 容 欄	○初療年月日										○施術期間										○実日数										○請求区分										○転掃									
	年 月 日										自 年 月 日 ~ 至 年 月 日										日										新規・継続										治療・中止									
	○傷病名										1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群										○左記傷病の初診年月日																													
											4. 五十肩 5. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症										年 月 日																													
	初回										1. はり 2. はり(電気針併用) 3. きゅう										摘要																													
											4. きゅう(電気温灸器併用) 5. はり、きゅう併用																				円																			
	2回目以降										はり										円× 回= 円																													
											はり(電気針併用)										円× 回= 円																													
											きゅう										円× 回= 円																													
											きゅう(電気温灸器併用)										円× 回= 円																													
										はり、きゅう併用										円× 回= 円																														
										はり、きゅう併用(電気針・電気温灸器併用)										円× 回= 円																														
										往 療 科										円× 回= 円																														
										加 算 (km)										円× 回= 円																														
										合 計										円																														
施 術 日	月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																							
	月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																							
	月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																							
	月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																							
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 年 月 日 はり師、きゅう師 住所 氏名 印 電話																																																	
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 印																																																	
支 払 機 関 欄	○支払区分										○預金の種類										○金融機関名																													
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 金庫 本店 農協 支店																													
支 払 機 関 欄	○口座名称										○口座番号										郵便局																													
備 考																																																		
同 意 記 録	同意医師の氏名										住 所										同意年月日										傷 病 名										要 加 療 期 間									
																					年 月 日																													
	再同意医師の氏名										住 所										再同意年月日										傷 病 名										要 加 療 期 間									
																					年 月 日																													

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。

<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p style="margin: 0; font-size: small;">(はり及びきゅう療養費用)</p>		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成 年 月 日
病名	1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症	
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
<p style="margin: 0;">上記の者診断の結果、頭書の疾病により鍼灸の施術に同意する。</p> <p style="margin: 10px 0 0 0;"> 年 月 日 </p> <p style="margin: 10px 0 0 0;"> 保険医療機関名 </p> <p style="margin: 10px 0 0 0;"> 所在地 </p> <p style="margin: 10px 0 0 0;"> 保険医氏名 Ⓔ </p>		

(添付書類)

別紙2

診 断 書

(はり及びきゅう療養費用)

患 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
病 名	1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症			
症 状 (主訴を含む。)				
発病年月日	年	月	日	
_____ 年 月 日 _____ 保健医療機関名 所在地 保健医氏名 ㊞				

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

療養費・家族療養費
(看護料・移送料を含む) 請求書
高額療養費
(あんま・マッサージ)

組合員証番号		組合員氏名				所属機関名				
療養者名	療養者生年月日			性別 コード	続柄 コード	始療養期間				終
	元号	年	月			日	元号	年	月		日
								~		
傷病名					療養に要した費用		日数	入院 外来	医科 歯科	
傷病の原因				初診 年月日	年 月 日					
医療機関又は薬局名及びその住所				保険医療機関・保険薬局・その他	看護又は移送の承認年月日	年 月 日				
移送の区間				移送の方法						
組合員証を使用しなかった理由										
請求金額	円									
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 地方職員共済組合沖縄県支部長殿 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 所属所長 職名 氏名 印										

1. 組合員証を使用しなかった理由は、具体的に詳しく書いてください。
2. 看護料については、看護師(准看護師)免状写し又は看護補助者使用についての施設長の証明書を添えること。
3. 看護料又は移送料は、看護・移送承認申請書により承認された看護の期間を越え、又は承認された移送の区間若しくは方法によらなかつた場合は、「組合員証を使用しなかった理由」欄にその理由を詳しく書くこと。
4. 療養期間が2月以上に互る場合は、各月ごとに請求してください。
5. 治療用装具に係る請求の場合の療養期間は装具の装着日となります。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

別紙1

療養費支給申請書(あんま・マッサージ)

(月分、第 回)

被 保 険 者 欄	○被保険者証等記号番号										○被保険者氏名										○住所																			
											印																													
	○療養を受けた者の氏名										○性別					○生年月日					○続柄					○業務上・外、第三者行為の有無														
											男・女					大・昭・平 年 月 日生										1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他														
欄	○傷病名										○発病又は負傷年月日										○発病又は負傷の原因及びその経過																			
施 術 内 容 欄	○初療年月日										○施術期間										○実日数					○請求区分					○転掃									
	年 月 日										自 年 月 日 ~ 至 年 月 日										日					新規・継続					治療・中止									
	○傷病名又は症状																				○左記傷病の初診年月日										年 月 日									
	マッサージ										円× 局所× 回= 円										摘 要																			
	変形徒手矯正術										円× 回= 円																													
	温電法										円× 回= 円																													
	温電法・電気光線器具										円× 回= 円																													
	往 療 科 加 算 (km)										円× 回= 円 円× 回= 円																													
	合 計										円																													
	施 術 日	月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																		
月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																				
月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																				
月										1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12										13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。										年 月 日										あん摩マッサージ指圧師 住所																			
																					氏名 印 電話																			
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。										年 月 日										申請者 住所																			
																					殿 氏名 印																			
支 払 機 関 欄	○支払区分										○預金の種類										○金融機関名																			
	1. 振 込 2. 銀行送金										1. 普通 2. 当座										銀行 本店																			
	3. 郵便局送金 4. 当地払										3. 通知 4. 別段										金庫 支店 農協																			
欄	○口座名称										○口座番号										郵便局																			
備 考																																								
	同意医師の氏名										住 所										同意年月日					傷 病 名					要 加 療 期 間									
																					年 月 日																			
	再同意医師の氏名										住 所										再同意年月日					傷 病 名					要 加 療 期 間									
同 意 記 録																					年 月 日																			

記入上の注意

1. 施術内容欄の傷病名、初回の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
2. 「摘要」欄は往療を必要とした理由、施術に関する特記事項等を記入して下さい。
3. 初療の日から3ヶ月を経過した時点における同意書については、実際に医師から同意を得ていれば必ずしも添付は要しません。この場合には、同意をした医師の氏名、住所、同意年月日、傷病名、要加療期間の指示がある場合にはその期間を「同意記録」欄に記入して下さい。

<h2 style="margin: 0;">同意書</h2> <p style="margin: 0; font-size: small;">(あんま及びマッサージ療養費用)</p>		
患者	住所	
	氏名	
	生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成
病名		
発病年月日	年 月 日	
初診年月日	年 月 日	
<p>上記の者診断の結果、あんま・マッサージの施術に同意する。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> _____ 年 月 日 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 保険医療機関名 _____ </p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 所 在 地 _____ </p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 保 険 医 氏 名 _____ </p>		

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

給付種別 コード

同付加金 コード

出産費・同附加金 請求書
家族出産費・同附加金

組合員番号	組合員氏名	所属機関名	
資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	資格喪失 年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
出産者氏名	出産者生年月日		性別 コード
	元号	年 月 日		続柄 コード
出産の場所	出産児氏名及び続柄		一般 特別
	元号	年 月 日		出産年月日
出産の場所	出産児氏名及び続柄		出 児
	氏名	続柄		死 児

医師又は助産師の証明	令和 年 月 日に	は(児) 出産・(児) 死産
	(児) 早流産(妊娠 ヵ月)したことを証明する。	
	令和 年 月 日	住所 証明者 氏名

出産費 家族出産費	円	同附加金	30,000円
--------------	---	------	---------

上記のとおり請求します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 年 月 日

請求者

〒
住所
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

所属所長

職名
氏名

印

- 多胎出産の場合は、単胎に倍した金額を請求してください。
- 病院等から「産科医療補償制度加入機関」であることを示したスタンプが押された出産(分娩)費用明細書の写しを添付してください。
- 病院等が発行する「直接支払制度合意文書」(直接支払制度を利用しない旨を選択した文書)の写しを添付してください。
- 配偶者が被扶養者として認定を受けて、6ヶ月以内に出産した場合は、請求前に連絡してください。
※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

本人出産なら「出産費」を
家族が出産なら「家族出産費」を
○で囲む

給付種別 コード	同付加金 コード

出産費・同付加金

請求書

家族出産費・同付加金

組合員番号	組合員氏名	所属機関名	
0 2 3 4 5 6 7	沖縄 花子	人事課	
資格取得	昭和 平成 令和	17年 4月 1日	資格喪失 昭和 平成 令和
※元号は 昭和=3 平成=4 令和=5 です	姓名	出産者生年月日	性別 続柄
	沖繩 花子	元号 年 月 日	コード コード
		3 5 5 0 3 1 6	2 0 0
出産の場所	出産児氏名及び続柄		医師の証明事項は
エンゼル病院	氏名 沖繩 大	続柄 長男	①出産年月日 ②出産児数(性別ではない)
			死児

医師又は助産婦の証明	令和 1年 5月 15日	住所	那覇市泉崎
支給額は一律42万円です。 ただし「産科医療補償制度加入機関」でない場合、 「産科医療補償制度対象外」の場合は40万8千円です。	証明者	氏名	エンゼル病院
令和 1年 5月 1日に 沖繩 花子 は (1 児) 出産・ (児) 死産 (児) 早流産 (妊娠 月) したことを証明する。			

出産費	420,000円	同付加金	30,000円
家族出産費			

上記のとおり請求します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 1年 5月 24日

請求者 住所 那覇市首里石嶺町1番地
氏名 沖繩 花子

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 1年 5月 30日

職名 総務事務センター室長
所属所長 氏名 沖繩 県太 [印]

- 多胎出産の場合は、単胎に倍した金額を請求してください。
- 病院等から「産科医療補償制度加入機関」であることを示したスタンプが押された出産(分娩)費用明細書の写しを添付してください。
- 病院等が発行する「直接支払制度合意文書」(直接支払制度を利用しない旨を選択した文書)の写しを添付してください。
- 配偶者が被扶養者として認定を受けて、6ヶ月以内に出産した場合は、請求前に連絡してください。
※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	地方 花子
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

給付種別 コード

同付加金 コード

直接支払制度活用者用

出産育児一時金等内払金支払請求書
(出産費等)

組合員番号	組合員氏名	所属機関名			
資格取得 年月日	昭和 平成 令和 年月日	資格喪失 年月日	昭和 平成 令和 年月日		
出産者氏名	出産者生年月日		性別	続柄	一般 特別
	元号	年 月 日	コード	コード	
					出産年月日
					元号 年 月 日
出産の場所	出産児氏名及び続柄				出産 人
		氏名	続柄		

出産費 家族出産費	※42万円(または40万8千円)ー代理受領額=出産費 円 内払金(差額)	同附加金	30,000円
--------------	--	------	---------

上記のとおり請求します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 千
令和 年 月 日 請求者 住所
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 職名
所属所長 氏名 印

1. 医療機関等が発行する「産科医療補償制度加入機関」であることを示したスタンプが押された「出産(分娩)費用明細書」の写しと「直接支払制度合意文書」(直接支払制度を利用する旨を選択した文書)の写しを添付してください。
2. 配偶者が被扶養者として認定を受けて、6ヶ月以内に出産した場合は、請求前に連絡してください。

産科医療補償制度に加入する医療機関等において在胎週22週に達した日以降の出産(死産を含む)は42万円が限度額。該当しない場合は40万8千円が限度額です。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

記載例

事務長	事務次長	班 長	担当者	原 票

給付種別 コード

同付加金 コード

直接支払制度活用者用

出産育児一時金等内払金支払請求書
(出産費等)

組合員番号 0 7 7 7 7 7 7	組合員氏名 沖縄 花子	所属機関名 人事課
資格取得年月日 昭和 平成 令和 昭和=3 平成=4 令和=5です	平成 24年 4月 1日	資格喪失年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
出産者氏名 沖縄 花子	出産者生年月日 元号 年 月 日 3 5 0 0 3 1 6 2 0 0	性別 続柄 コード コード 2 0 0
出産の場所 エンゼル病院	出産児氏名及び続柄 氏名 沖縄 大 続柄 長男	一般 特別 1
		出産年月日 元号 年 月 日 5 0 2 0 4 0 1
		出 産 1 人

出 産 費 家族出産費	※42万円(または40万8千円)ー代理受領額=出産費 420,000-407,730=12,270 12,270 円	同付加金 30,000円
上記のとおり請求します。		42万円(もしくは40万8千円※令和3年12月以前の 出産は40万4千円)から、添付書類「出産費用明 細」記載の「代理受領額」を差し引いた額を記載し ます。
地方職員共済組合沖縄県支部長 殿		住所 那覇市首里石嶺町1番地
令和 2 年 4 月 25 日	請求者	氏名 沖縄 花子
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。		職名 総務事務センター室長
令和 2 年 4 月 30 日	所属所長	氏名 沖縄 県太 [印]

1. 医療機関等が発行する「産科医療補償制度加入機関」であることを示したスタンプが押された「出産(分娩)費用明細書」の写しと「直接支払制度合意文書」(直接支払制度を利用する旨を選択した文書) の写しを添付してください。
2. 配偶者が被扶養者として認定を受けて、6ヶ月以内に出産した場合は、請求前に連絡してください。

産科医療補償制度に加入する医療機関等において在胎週22週に達した日以降の出産(死産を含む)は42万円が限度額。該当しない場合は40万8千円が限度額です。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	地方 花子
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)


見 本

出産費用明細書

患者番号	氏 名
012345	沖縄 花子

出産年月日	出産児数	入院日数	病棟(病室)	退院日	発行日
令和2年4月1日	1人	6日	4階(0123号室)	令和2年4月5日	令和2年4月5日

明 細	入院料	室料差額	分娩介助料	分娩料	新生児管理保育料
	78,000 円	0 円	— 円	210,000 円	60,000 円
	検査・薬剤料	処置・手当料	産科医療補償制度	その他	保険一部負担金等
20,070 円	0 円	30,000 円	9,660 円	0 円	

 **産科医療補償
制度加入機関**
(産科医療補償制度の対象分娩です。)
 ※分娩後、出産育児一時金等の申請の際は、
 この領収書の写しが必要となります。
 上記は専用請求書の内容と相違ありません。

妊婦合計負担額	医療機関代理受取額
407,730 円	407,730 円

医療法人 エンゼル病院
 沖縄県那覇市長崎〇-〇-〇
 098-865-0000

ご本人様用

見本

出産育児一時金の直接支払制度合意文書

当院では、出産時に支払う入院費用の準備金ができるだけ少なくて済むよう、平成21年10月から始まった「**出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度**」をご利用いただくことをお願いしております。

- ◆妊婦の方がご加入されている医療保険者に、当院が妊婦の方に代わって出産育児一時金を請求いたします。手続きにかかる手数料はいただきません。
- ◆退院時に当院からご請求する入院分娩費用の総額が42万円の範囲内であれば、現金でお支払いいただく必要がなくなります。
 - ◇出産費用が42万円を超えた場合は、差額分を会計窓口でお支払いいただきます。
 - ◇出産費用が42万円を超えない場合は、その差額分を医療保険者に請求することができます。
- ◆帝王切開などの保険診療を行った場合は、3割の自己負担をいただきますが、一時金をこの3割負担のお支払にも充てさせていただきます。

(妊婦の方へのお願い)

- ◇入院時に現在の保険証をご提示下さい。また変更された場合には速やかに変更後の保険証をご提示下さい。
- ◇退職後半年以内の方で、現在国民健康保険など退職時とは別の医療保険にご加入の方は、在職時の医療保険から給付を受けることもできます。その際は、退職時に交付されている資格喪失証明書を保険証と併せて提示下さい。(詳細は以前のお勤め先にお問い合わせ下さい。)
- ◇妊婦健診等により、帝王切開など高額な保険診療が必要とわかった方は、加入されている医療保険者に「限度額適応認定証」等を申請し、お早めに窓口までご提示下さい。
ご提示いただければ、一般に3割の窓口負担が、「80,100円+かかった医療費の1%」に据え置かれます。(所得により異なります。)
※限度額適応認定証をお持ちにならない場合は、請求額が高額になることもあるので忘れずにお持ちください。

以上の説明を受け、(保険者) 地方職員共済組合沖縄県支部 から支給される一時金について、直接支払制度を利用することに、(各意) いたします・合意しません。(いずれかに○をつけてください)

年 月 日

被保険者(世帯主) _____

妊産婦氏名 _____ 出産予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

クリニック

院長
電話

健康保険法等の規定による
給付金の受給権放棄申請書

令和 年 月 日出産（資格喪失後）した_____の
分娩費については、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
第63条の規定による家族出産費を受給するため（地方職員共済組合沖縄
県支部長へ請求）、健康保険法等の分娩費の受給権を放棄します。

_____ 殿

令和 年 月 日

住 所 _____

出 産 者 氏 名 _____

出 産 者 生 年 月 日 _____

出 産 児 氏 名 _____

出 産 者 元 職 場 名 称 _____

地方職員共済組合沖縄県支部への請求額

家 族 出 産 費 420,000円

家 族 出 産 費 附 加 金 30,000円

地方職員共済組合沖縄県支部の組合番号 32470114

上記のことについて、受理したことを証明します。

令和 年 月 日

取 扱 機 関 名 _____ 公印

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

※

給付種別
コード

**埋 葬 料
請 求 書**

家 族 埋 葬 料

組 合 員 番 号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名									
死 亡 者 氏 名	死 亡 者 生 年 月 日				性 別 ユ-ト	続 柄 ユ-ト	一 般 特 別	死 亡 年 月 日			
	元号	年	月	日				元号	年	月	日

死 亡 の 場 所	
埋 葬 年 月 日	死 亡 の 原 因
令和 年 月 日	
請 求 金 額	50,000円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p style="text-align: center;">地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者</p> <p style="text-align: right;">〒 住 所 氏 名</p>	
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属所長</p> <p style="text-align: right;">職名 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

1. ※印欄は、記入しないで下さい。
2. 請求する場合は、市町村長の発行する埋葬(火葬)許可証の写しを添付して下さい。
3. 家族埋葬料を請求する場合は、死亡当時被扶養者として認定されている者に限ります。
4. 被扶養者以外の者が埋葬料を請求する場合は、上記2のほか、埋葬に要した費用の額に関する書類(領収証等)および埋葬料振込先口座の通帳の写しを添付して下さい。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

記載例

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

給付種別 コード

※元号は
昭和=3
平成=4です

埋葬料請求書
家族埋葬料

組合員番号 0 3 4 5 6 7 8	組合員氏名 共済 太郎	所属機関名 ○△□課
死亡者氏名 共済 明子	死亡者生年月日 元号 年 月 日 3 2 8 0 5 2 2	性別 性別コード 2
	続柄 コード 4 1	一般特別 1
		死亡年月日 元号 年 月 日 5 0 1 0 5 1 2

死亡の場所	
那覇市泉崎1番地	
○△□病院	
埋葬年月日 令和 1年 5月 14日	死亡の原因 心筋梗塞
請求金額	50,000 円

上記のとおり請求します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿
令和 1年 6月 3日

〒
住所 沖縄市池原5-1
氏名 共済 太郎
請求者

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 1年 6月 5日

職名 総務事務センター室長
所属所長
氏名 沖縄 県太 [印]

- ※印欄は、記入しないで下さい。
- 請求する場合は、市町村長の発行する埋葬(火葬)許可証の写しを添付して下さい。
- 家族埋葬料を請求する場合は、死亡当時被扶養者として認定されている者に限ります。
- 被扶養者以外の者が埋葬料を請求する場合は、上記2のほか、埋葬に要した費用の額に関する書類(領収証等)および埋葬料振込先口座の通帳の写しを添付して下さい。

所属所担当者氏名	那覇 花子
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

(添付書類) 見本

死体火葬(埋葬)許可証

第000123号

死亡者の本籍	沖縄県南風原町×××番地		
死亡者の住所	那覇市与儀000番地		
死亡者の氏名	共済 明子		
出生年月日	昭和28年 5月 22日	性別	女
死 因	「一類感染症等」 ○「その他」		
死亡年月日	令和 1 年 5 月 12 日午後6時10分		
死亡の場所	那覇市泉崎1番地		
火葬の場所	〇〇火葬場		
申請者の住所 及び 死亡者との続柄	住 所	沖縄市池原5-1	
	氏 名	共済 太郎	
	続 柄	長男	

(注) 月 日午前・午後 時 分前に火葬を行ってはならない。

令和 年 月 日

沖縄県〇〇市長 〇〇 〇〇

短期給付等の給付に関する申立書

組合員番号:

組合員氏名:

上記組合員の死亡に伴う登録口座の解約に伴い、当該組合員へ給付される短期給付等については、下記に指定する口座に振り込むよう申し立てます。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

令和 年 月 日

申立人
(法定相続人)

氏名:

住所:

組合員との続柄:

指定口座

金融機関名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	

※ 戸籍謄本、指定口座の通帳の写しを添付して下さい。

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

傷病手当金 請求書
同附加金

組合員証番号				組合員氏名				所属機関名							
生	年	月	日	性別	続柄	一般	請 求 期 間								
元号	年	月	日	コード	コード	特別	元号	年	月	日	～	元号	年	月	日
							～								
標準報酬月額				※ 控 除 額			給付事由発生日		※ 支給率		※ 支給日数		結核		
							元号 年 月 日		60% 80%						

医師の証明	傷病名：	発病年月日：	年	月	日					
	療養期間：	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	入院期間：	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
	上記のとおり入院・通院加療中で、勤務できないことを証明する。									
令和 年 月 日										
住所										
証明者 (医師) 氏名										

資格取得年月日	年	月	日	資格喪失年月日	年	月	日			
勤務できなくなった最初の日	年	月	日	被扶養者を有していた期間	年	月	日から	年	月	日まで
※ 平均標準報酬月額	円			※ 請求金額	円					

上記のとおり請求します。

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿
令和 年 月 日

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

職名
所属所長 氏名

印

- ※印欄は記入しなでください。
- 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで出勤しな かった期間に対して、次の金額の給料を支払ったことを証明する。											
年 月 日			}	間	割	円					
年 月 日											
年 月 日			}	間	割	円					
年 月 日											
年 月 日			}	間	割	円					
年 月 日											
令和 年 月 日											
所 属 所 長 職名											
給 与 事 務 担 当 者 氏名 ㊟											
老人保健法の医療を受けたとき				市 町 村 番 号		受 給 者 番 号		発 行 機 関 名			
障 害 厚 生 年 金 の 額			円		障 害 厚 生 年 金 の 支 給 開 始 年 月			年 月			
障 害 手 当 金 の 額			円		障 害 手 当 金 の 支 給 年 月 日			年 月 日			
※ 平均標準報酬月額 × $\frac{1}{22}$ = 平均標準報酬日額 (10円未満四捨五入) 平均標準報酬日額 × $\frac{2}{3}$ = (円位未満四捨五入) 給付日額 × 支給日数 = 給付額 給付額 - 控除額 = 給付決定額					今回支給日数 (該当日に○印を付す)						
					月分						
					曜日						
					1 8 15 22 29						
					2 9 16 23 30						
					3 10 17 24 31						
					4 11 18 25						
					5 12 19 26						
6 13 20 27											
7 14 21 28											
※ 支 給 開 始 日				※ 前 回 支 給 分				※ 今 回 支 給 分			
年 月 日分				年 月 日分				年 月 日分			

第3編 短期給付

記載例

<p>傷病手当金 請求</p>		事務長	事務次長	班 長	担当者	原 票
		<p>請求期間は一月単位(支給開始日が月の途中ならその日から月末まで)記載ください。傷病手当の請求は月毎の請求です。</p>				
<p>給付事由発生日は、既に傷病手当金の給付がある方は無給休職開始日を記入。それ以外の方で、平成27年10月1日以降に病気休職の方は地共済担当へ確認。有給休職期間中の報酬(8割支給)と傷病手当金を比較し、差額が支給される可能性があります。</p>		名 所		機 関 名		
				職員厚生課		
<p>※元号は昭和=3 平成=4です</p>		請 求 期 間				
		元号 年 月 日		～		元号 年 月 日
<p>0 1 2 3</p>		<p>5 0 1 0 5 0 1</p>		<p>5 0 1 0 5 3 1</p>		
<p>3 4 7 0 1 0 9 1 0 0</p>		<p>4 3 1 0 3 1 5</p>				結核
標準報酬月額		※ 控 除 額		給付事由発生日		※支給率
4 4 0 0 0 0				元号 年 月 日		60% 80%
						※支給日数
						日数
						結核
						結核
標準報酬月額を記入		傷病名： 突発性〇〇症候群		発病年月日： 平成 3 0 年 2 月 1 日		
		療養期間： 令和 1 年 5 月 1 日 ～ 令和 1 年 5 月 3 1 日				
		入院： 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
		医師の証明は原則一月単位ですが、1回の請求で過去2～3ヶ月の期間をまとめて証明してもらうことも可能です。		住所 那覇市垣花9-9-9		
		勤務できなくなった最初の日は、給与の一部が支給される病気休職の初日を記載		証明者 〇〇内科クリニック		
				(医師) 氏名 医事 健二郎		
資格取得年月日		1 日		資格喪失年月日		年 月 日
勤務できなくなった最初の日		平成 30 年 3 月 15 日		被扶養者を有していた期間		年 月 日から 年 月 日まで
※ 平均標準報酬月額		円		※ 請求金額		円
上記のとおり請求します。						
<p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 1 年 5 月 16 日</p> <p>請求者 住所 宜野湾市大謝名〇-〇-〇</p> <p>氏名 組合 太一郎</p>						
上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。						
<p>令和 1 年 5 月 17 日</p> <p>職名 総務事務センター室長</p> <p>所属所長 氏名 沖縄 県太</p>						

1. ※印欄は記入しなでください。
2. 裏面に所属所長又は給与事務担当者の証明を受けてください。

所属所担当者氏名	共済 あゆみ
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

第3編 短期給付

令和 1年 5月 1日 から 令和 1年 5月 31日まで出勤しな
 かった期間に対して、次の金額の報酬を支払ったことを証明する。

1年 5月 1日 } 間 0割 0円
 1年 5月 31日 }
 年 月 日 } 割 円

無給休職期間中の場合、該当組合員が無給であることの証明です。従って「0割0円」と記載するのが一般的です。
 なお、これまで傷病手当金は給料月額で算出しておりましたが、平成27年10月1日から標準報酬月額により算出することとなりました。そのため、有給休職期間(8割支給)の場合でも、傷病手当金が報酬(8割)よりも多い場合は、その差額が支給されるので、その場合は「8割 #.###円」と記載して下さい。

所 属 所 長 職 名 人事課総務事務センター 主査
 給 与 事 務 担 当 者 氏 名 給料 花江

老人保健法の医療を受けたとき	市 町 村 番 号	受 給 者	支給該当日には○印を、支給該当日ではない週休日・月末31日がない月には「31」を斜線で塞いでください。なお、月～金の祝祭日・慰霊の日等は支給該当日になります				
障害厚生年金の額	円	障害厚生年金の支給開始年 月	日				
障害手当金の額	円	障害手当金の支給年 月 日	日				
※ 平均標準報酬月額 × $\frac{1}{22}$ = 平均標準報酬日額 (10円未満四捨五入) 平均標準報酬日額 × $\frac{2}{3}$ = 給付日額 × 支給日数 = 給付額 給付額 - 控除額 = 給付決定額		今回 日数	5月分 (該当日に○印を付す)				
		水 曜日	①	⑧	⑮	⑳	㉑
		木	②	⑨	⑯	㉒	㉓
		金	③	⑩	⑰	㉔	㉕
		土	④	⑪	⑱	㉖	
		日	⑤	⑫	⑲	㉗	
		月	⑥	⑬	⑳	㉘	
		火	⑦	⑭	㉑	㉙	
※ 支給開始日		※ 前回支給分		※ 今回支給分			
年 月 日分		年 月 日分		年 月 日分			

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

育児休業手当金（変更）請求書
（休業中支給分）

子の1歳の誕生日 令和 年 月 日

組合員証番号		組合員氏名			所 属 機 関				
生 年 月 日		性別 コード	続柄 コード	一般 特別	※ 始 支 給 期 間 終				
年号	年				月	日	年号	年	月	日
標準報酬月額		等級 号				円			
		合 計				円			
請求期間 (育児休業を取得した期間) (変更後の期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで)							
請求金額 (裏面参照)	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	
	円	円	円	円	円	円	円	円	
	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	月分	
	円	円	円	円	円	円	円	円	
給付決定額		※休業日数 日				給付決定額 円			
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 請求者 氏名</p>									
所属所受付印		<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>職名 所属所長 氏名</p> <p style="text-align: right;">公印</p>							

- 1 必要事項を記入し、育児休業承認に係る辞令(写)を添付して所属機関の長の証明を受けたいえ、組合に提出してください。
- 2 育児休業期間が延長された場合は又は育児休業が終了する日に終了した場合は速やかに変更請求書を提出してください。
- 3 支給日数の算定は週休日として日曜日及び土曜日を除くこと。
- 4 ※印欄は記入しないでください。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

標準報酬日額の計算 円 / 22 日 = _____ ①

標準報酬日額

(10円未満の端数が5円未満の場合は切捨て、5円以上の場合は切上げる。)

請求額 該当月(① × 67 / 100) × 休業日数 = 支給月額
 計算式 該当月(① × 50 / 100) × 休業日数 = 支給月額
 (※円未満切捨て)

注) 休業日数は、月のうち日曜日及び土曜日を除いた日数である。

令和	年	月分(_____ × 67 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 67 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 67 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 67 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 67 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50(67) / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50(67) / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) ×	日 =	円
合計休業日				日
合計請求額				円

養育する子の氏名		出生年月日	令和	年	月	日
※支給開始日	※支給終了日	※正当支給日額	※正当支給日数			
年 月 日	年 月 日	円	日			

※摘要欄

新規育児休業時

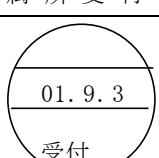
※休業中支給分の請求書の場合、「変更」の部分は二重線等で消してください。

主任	担当者	原票

※元号は
昭和=3
平成=4です

育児休業手当金 (~~変更~~) 請求書
(休業中支給分)

子の1歳の誕生日 令和2年8月5日

合員証番号		組合員氏名		所属機関											
1	2	3	4	5	6	共済花子	職員厚生課								
生年月日		性別	続柄	一般特別		※始支給期間		終							
年号	年	月	日	コード	コード	年号	年	月	日						
3	5	7	0	5	2	7	2	0	0	1	~				
※請求期間上段は手当支給期間(子の1歳の誕生日前日)下段は辞令上の期間(育児休業を取得した期間)を記載ください。(注1)						等級 1 6 号		260,000 円							
請求期間 (育児休業を取得した期間) (変更後の期間)						令和 1 年 1 0 月 1 日から 令和 2 年 8 月 4 日まで									
						(令和 1 年 1 0 月 1 日から 令和 3 年 3 月 3 1 日まで)									
※変更に係る請求書ではないので、見え消し処理があります。						10 月分	1 1 月分	1 2 月分	1 月分	2 月分					
						182,137 円	166,299 円	174,218 円	182,137 円	158,380 円					
						3 月分	4 月分	5 月分	6 月分	7 月分	8 月分				
						170,200 円	130,020 円	124,110 円	130,020 円	135,930 円	11,820 円				
給付決定額						※休業日数		日		給付決定額		円			
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 1 年 9 月 1 日</p> <p>住所 宜野湾市字安仁屋 1 2 3 - 4</p> <p>請求者 氏名 共済 花子</p>															
所属所受付印			上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。												
			令和 1 年 9 月 7 日												
			職名 総務事務センター室長												
			所属所長 氏名 沖縄 県太 公印												

- 必要事項を記入し、育児休業承認に係る辞令(写)を添付して所属機関の長の証明を受けたうえ、組合に提出してください。
- 育児休業期間が延長された場合は又は育児休業が終了する日前に終了した場合は速やかに変更請求書を提出してください。
- 支給日数の算定は週休日として日曜日及び土曜日を除くこと。
- ※印欄は記入しないでください。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	共済 あゆみ
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

第3編 短期給付

標準報酬日額の計算	260,000 円 / 22 日 = <u>11,820</u> ①
標準報酬日額 (10円未満の端数が5円未満の場合は切捨て、5円以上の場合は切上げる。)	※日額×50(67)/100× (小数点以下切り捨て) ×休業日数です
請求額 計算式	該当月(① <u>11,820</u> × 67 / 100) × 休業日数 該当月(① <u>11,820</u> × 50 / 100) × 休業日数 = (※円未満切捨て)
注)	休業日数は、月のうち日曜日及び土曜日を除いた日数である。 祝祭日、年末年始休、 慰霊の日等は休業日 数としてカウントします。
令和 1 年 1 0 月分	(<u>11,820</u> × 67 / 100) × 23 日 = 182,137 円
令和 1 年 1 1 月分	(<u>11,820</u> × 67 / 100) × 21 日 = 166,299 円
令和 1 年 1 2 月分	(<u>11,820</u> × 67 / 100) × 22 日 = 174,218 円
令和 2 年 1 月分	(<u>11,820</u> × 67 / 100) × 23 日 = 182,137 円
令和 2 年 2 月分	(<u>11,820</u> × 67 / 100) × 20 日 = 158,380 円
令和 2 年 3 月分	(<u>11,820</u> × 50(67) / 100) × 22 日 = 170,200 円
令和 2 年 4 月分	(<u>11,820</u> × 50(67) / 100) × 22 日 = 130,020 円
令和 2 年 5 月分	(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 23 日 = 135,930 円
令和 2 年 6 月分	(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 20 日 = 118,200 円
令和 2 年 7 月分	(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 23 日 = 135,930 円
令和 2 年 8 月分	(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 2 日 = 11,820 円
令和 年 月分	(_____ × 50 / 100) × _____ 日 = _____ 円
合計	221 日
合計請求額	1,565,271 円

養育する子の氏名	共 済 太 郎	出生年月日	令和 1 年 8 月 5 日
※支給開始日	※支給終了日	※正当支給日額	※正当支給日数
年 月 日	年 月 日	円	日
※摘要欄			

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

育児休業手当金（**変更**）請求書
（休業中支給分）

支給期間延長

組合員証番号		組合員氏名		所属機関		
生年月日		性別	続柄	※ 始 支給 期間 終		
年号	年	月	日	年号	年	
				年	年	
				月	月	
				日	日	
標準報酬月額		等級号		円		
		合計		円		
請求期間 (育児休業を取得した期間) (変更後の期間)		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで)				
請求金額 (裏面参照)	月分	円	月分	円	月分	円
	月分	円	月分	円	月分	円
	月分	円	月分	円	月分	円
	月分	円	月分	円	月分	円
	月分	円	月分	円	月分	円
	月分	円	月分	円	月分	円
給付決定額	※ 休業日数		日	給付決定額	円	
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 請求者 氏名</p>						
所属所受付印		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				
		職名 所属所長 氏名				
		公印				

- 1 必要事項を記入し、育児休業承認に係る辞令(写)を添付して所属機関の長の証明を受け、組合に提出してください。
- 2 育児休業期間が延長された場合は又は育児休業が終了する日前に終了した場合は速やかに変更請求書を提出してください。
- 3 支給日数の算定は週休日として日曜日及び土曜日を除くこと。
- 4 ※印欄は記入しないでください。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」 平成「4」 令和「5」

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

標準報酬日額の計算 円 / 22 日 = _____ ①

標準報酬日額

(10円未満の端数が5円未満の場合は切捨て、5円以上の場合は切上げる。)

請求額 該当月(① _____ × 50 / 100 _____) × 休業日数 = 支給月額
 計算式 (※円未満切捨て)

注) 休業日数は、月のうち日曜日及び土曜日を除いた日数である。

令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100 _____) ×	日 =	円
合計休業日				日
合計請求額				円

養育する子の氏名		出生年月日	令和	年	月	日
※支給開始日	※支給終了日	※正当支給日額	※正当支給日数			
年 月 日	年 月 日	円	日			

※摘要欄

※育児休業延長時

※育児休業延長請求書の場合、「変更」の部分に丸印をして「支給期間延長」と横に記入してください

事務次長	班長	担当者	原票

育児休業手当金(変更)請求書
(休業中支給分)

支給期間延長

組合員証番号						組合員氏名						所属機関								
0	1	2	3	4	5	6	共 濟 花 子						職 員 厚 生 課							
生 年 月 日						性別 コード	続柄 コード	一般 特別	※ 始 支 給 期 間 終											
年号	年	月	日	年号	年				月	日	年号	年	月	日						
3	5	7	0	5	2	7	2	0	0	1					~					
※延長期間を記入ください (延長期間は子の1歳の誕生日から最大、子の1歳6月に達する日まで)						等級 1 6 号						260,000 円								
						合 計						260,000 円								
請求期間 (育児休業を取得した期間) (変更後の期間)						令和 2 年 8 月 5 日から 令和 3 年 2 月 4 日まで (令和 1 年 1 0 月 1 日から 令和 3 年 3 月 3 1 日まで)														
※育児休業を取得した最初から延長後の期間を記載ください。						8 月分	9 月分	1 0 月分	1 1 月分	1 2 月分										
						112,290 円	130,020 円	130,020 円	124,110 円	135,930 円										
1 月分						2 月分	月分	月分	月分	月分										
124,110 円						17,730 円	円	円	円	円										
給付決定額						※休業日数						給付決定額 円								
<p>地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 2 年 7 月 2 2 日</p> <p>住所 宜野湾市字安仁屋123-4</p> <p>請求者 氏名 共済 花子</p>																				
所属所受付印						上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。														
02.07.24 受付						<p>令和 2 年 7 月 3 1 日</p> <p>職名 総務事務センター室長</p> <p>所属所長 氏名 沖縄 県太</p> <p style="text-align: right;">公印</p>														

- 必要事項を記入し、育児休業承認に係る辞令(写)を添付して所属機関の長の証明を受けたいえ、組合に提出してください。
- 育児休業期間が延長された場合は又は育児休業が終了する日前に終了した場合は速やかに変更請求書を提出してください。
- 支給日数の算定は週休日として日曜日及び土曜日を除くこと。
- ※印欄は記入しないでください。

※「元号」はコードで記載をお願いします。 昭和「3」平成「4」令和「5」

所属所担当者氏名	共済 あゆみ
所属所連絡先	000-123-4567(内線1234)

第3編 短期給付

標準報酬日額の計算		260,000 円 / 22 日 = <u>11,820</u> ①	
標準報酬日額		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> ※日額×50/100(小数点以下切り捨て)×休業日数です </div>	
請求額 計算式		該当月(① $11,820 \times 50 / 100$) × 休業日数 = 支給日額 (※円未満切捨て)	
注)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 休業日数は、月のうち日曜日及び土曜日を除いた日数である。 祝祭日、年末年始休、慰霊の日等は休業日数としてカウントします。 </div>	
令和	2年	8月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 19 日 =	112,290 円
令和	2年	9月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 22 日 =	130,020 円
令和	2年	10月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 22 日 =	130,020 円
令和	2年	11月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 21 日 =	124,110 円
令和	2年	12月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 23 日 =	135,930 円
令和	3年	1月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 21 日 =	124,110 円
令和	3年	2月分(<u>11,820</u> × 50 / 100) × 3 日 =	17,730 円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) × _____ 日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) × _____ 日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) × _____ 日 =	円
令和	年	月分(_____ × 50 / 100) × _____ 日 =	円
合計休業日			131 日
合計請求額			774,210 円
養育する子の氏名	共済 太郎		出生年月日 令和 1年 8月 5日
※支給開始日	※支給終了日	※正当支給日額	※正当支給日数
年 月 日	年 月 日	円	日
※摘要欄			

育児休業手当金計算書(休業中支給分)

給付上限相当額適用無し

組合員証番号 0123456
 氏名 共済 花子 子の誕生日 令和1年08月05日

育休期間 令和1年10月01日 ~ 令和3年03月31日
 手当金支給期間 令和1年10月01日 ~ 令和2年08月04日
 支給率67%適用期間 令和1年10月01日 ~ 令和2年03月28日

令和1年10月01日 ~
 標準報酬月額 等級(短期給付) 16号 260,000
※平成27年10月1日より給料月額から標準報酬月額に変更
 計 260,000

標準報酬日額の計算 $260,000 \div 22 = 11,820$ (5円未満切捨て5円以上切り上げ)

(令和1年8月1日から給付日額が 13,832円 を超える場合は 13,832円 を限度額とする。)※67/100計算時
 (令和1年8月1日から給付日額が 10,322円 を超える場合は 10,322円 を限度額とする。)※50/100計算時

支給日額の計算

給付上限相当額確認

$$11,820 \times 67 \div 100 = 7,919 \text{ ※67/100計算時}$$

$$11,820 \times 50 \div 100 = 5,910 \text{ ※50/100計算時}$$

各月の請求額

			日額	支給率	日数	支給額
令和	1年	10月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 23日 =	182,137円
令和	1年	11月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 21日 =	166,299円
令和	1年	12月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 22日 =	174,218円
令和	2年	1月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 23日 =	182,137円
令和	2年	2月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 20日 =	158,380円
令和	2年	3月分(	$11,820 \times 67 \div 100$		) × 20日 =	158,380円
令和	2年	4月分(	$11,820 \times 50 \div 100$		) × 2日 =	11,820円
令和	2年	5月分(	$11,820 \times 50 \div 100$		) × 22日 =	130,020円
令和	2年	6月分(	$11,820 \times 50 \div 100$		) × 21日 =	124,110円
令和	2年	7月分(	$11,820 \times 50 \div 100$		) × 22日 =	130,020円
令和	2年	8月分(	$11,820 \times 50 \div 100$		) × 2日 =	11,820円

合計休業日数 221
 合計請求額 1,565,271 ①

育児休業手当金計算書(休業中支給分)

変更(延長)

給付上限相当額適用無し

組合員番号 0123456 子の誕生日 令和1年08月05日
氏名 共済 花子 子が1歳6月に達する日 令和2年02月04日

育休全体期間 令和1年10月01日 ~ 令和3年03月31日
手当金支給期間 令和2年08月05日 ~ 令和3年02月04日

令和2年08月05日 ~
標準報酬月額 等級(短期給付) 16号 260,000
※平成27年10月1日より給料月額から標準報酬月額に変更
計 260,000

標準報酬日額の計算(10月) $260,000 \div 22 = 11,820$ (5円未満切捨て5円以上切り上げ)

(令和1年8月1日から給付日額が 13,832円 を超える場合は 13,832円 を限度額とする。)※67/100計算時
(令和1年8月1日から給付日額が 10,322円 を超える場合は 10,322円 を限度額とする。)※50/100計算時

支給日額の計算

$$11,820 \times 50 \div 100 = 5,910$$

↑ 給付日額限度額確認

各月の請求額

	日額	支給率	日数	支給額
令和 2年 8月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 19日 =	112,290円
令和 2年 9月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 22日 =	130,020円
令和 2年 10月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 22日 =	130,020円
令和 2年 11月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 21日 =	124,110円
令和 2年 12月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 23日 =	135,930円
令和 3年 1月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 21日 =	124,110円
令和 3年 2月分(	$11,820 \times$	$50 \div 100$	) × 3日 =	17,730円
令和 年 月分(\times	$50 \div$	) × 日 =	円
令和 年 月分(\times	$50 \div$	) × 日 =	円
令和 年 月分(\times	$50 \div$	) × 日 =	円
令和 年 月分(\times	$50 \div$	) × 日 =	円

合計休業日数 131

合計請求額 774,210 ①

育児休業取得期間の休業実績報告書

(令和 年 月支給分)

所属所番号 _____

所属所名 _____

単位:円:日

組員番号	組員氏名	給料月額 (調整額を含む)	休業期間	休業日数	給料支払額	備考
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			
		職 級 号 調整額 円 計 円	(自)令和 年 月 日 (至)令和 年 月 日			

上記のとおり報告いたします。

令和 年 月 日

地方職員共済組合沖縄県支部長 殿

所属所長 職名

氏名

公印

(注) 1 この報告書において、当月分の育児休業実績に対して支払われた給料額が0円(無給)であることを確認します。(月途中で育児休業を取得し、給料が日割り計算で支給された場合でも当報告書では、育児休業取得期間中の給料支払額(0円)を報告願います。)

2 この報告書は、当月分の休業実績を翌月の5日までに提出して下さい。

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

介護休業手当金(変更)請求書

組合員証番号	組 合 員 氏 名				所 属 機 関 名			
要 介 護 家 族 生 年 月 日	性 別	続柄 コード	一般 ・ 特別	※ 支 給 期 間				
元号 年 月 日	コード			元号 年 月 日	~	元号 年 月 日		
標準報酬月額	※給付支給開始年月日		※給付支給終了年月日		※支給 日数			
	元号 年 月 日	元号 年 月 日						
標 準 報 酬 月 額	等 級 1 号				98,000 円			
要 介 護 家 族	住 所			氏 名		組 合 員 との 続 柄		
介護休業の期間 (変更後の期間)	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (令和 0年 0月 0日 から 令和 0年 0月 0日まで)							
請 求 金 額 (裏面参照)	0 月分 円	月分 円	月分 円	月分 円				
<p>地方公務員等共済組合施行法第115条の3の規定に基づき、上記のとおり請求いたします。</p> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 氏名</p>								
所 属 所 受 付 印	<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 所属所長 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							

- 1 . 必要事項を記入し、所属所長の証明を受けたうえ、共済組合に提出して下さい。
- 2 . 介護休暇期間が延期された場合又は請求期間が終了する日に介護休業が終了した場合も、共済組合に当該請求書を再提出して下さい。
- 3 . ※印欄は記入しないで下さい。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

標準報酬日額の計算 円 / 22日 = _____ ……①

(10円未満の端数が5円未満の場合は切り捨て、5円以上の場合は10円に切り上げる。)

請求額計算式 該当月 (① × 67 × 休業日数 = 給付月額

(注) 休業日数は該当月のうち週休日を除いた日数

年 月分 (× 67 / 100) × = 円

年 月分 (× 67 / 100) × = 円

年 月分 (× 67 / 100) × = 円

年 月分 (× 67 / 100) × = 円

合計休業日数 日

合計請求金額 円

※支給開始日	※支給終了日	※正当支給日数	※正当支給日額
年 月 日	年 月 日	日	円

※摘要欄

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

介護休業実績・給料支給証明書

組合員証番号	地・沖縄		所属機関名																															
組合員氏名																																		
<p>令和 年 月 日から、令和 年 月 日まで出勤しなかった期間に対して、次の金額を支払ったことを証明する。</p> <table border="1"> <tr> <td>令和 年 月 日から</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td>日</td> <td>割</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日から</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td>日</td> <td>割</td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日から</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日まで</td> <td>日</td> <td>割</td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> <p>地方職員共済組合沖縄県支部長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属機関の長 職名 又は 給与事務担当者 氏名 図</p>					令和 年 月 日から					令和 年 月 日まで	日	割		円	令和 年 月 日から					令和 年 月 日まで	日	割		円	令和 年 月 日から					令和 年 月 日まで	日	割		円
令和 年 月 日から																																		
令和 年 月 日まで	日	割		円																														
令和 年 月 日から																																		
令和 年 月 日まで	日	割		円																														
令和 年 月 日から																																		
令和 年 月 日まで	日	割		円																														
※報酬との調整	標準報酬月額	標準報酬日額	支給開始日	令和 年 月 日																														
	円 × 1/22 = 円																																	
	標準報酬日額	給付日額	前回支給分	令和 年 月 日																														
	円 × 67/100 = 円																																	
給付日額	支給日数	給付額																																
円 × 日 = 円																																		
給付額	控除額	給付決定額	今回支給分	令和 年 月 日																														
円 - 円 = 円																																		

- 1 初回請求時には「介護休業手当金(変更)請求書」も提出してください。
- 2 2月目以降はこの証明書のみ提出してください。
- 3 ※は記入しないでください。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

弔 慰 金 請 求 書
家 族 弔 慰 金

組 合 員 証 番 号	組 合 員 氏 名	所 属 機 関 名
死 亡 者 氏 名	死 亡 者 生 年 月 日 元号 年 月 日	性 別 性別 コード
	続 柄 コード	一 般 特 別
		死 亡 年 月 日 元号 年 月 日

市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明	給 料 月 額
死亡者 氏名:	
〃 生年月日:	年 月 日
〃 性 別 :	
死亡 年月日:	年 月 日
〃 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する。
	令和 年 月 日 職 名 証明者 氏 名 印

標準報酬月額	等級 号	円	請 求 額	円
--------	------	---	-------	---

上記のとおり請求します。 地方職員共済組合沖縄県支部長殿 住所 令和 年 月 日 請求者 氏名 組合員との関係
--

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 所属所長 職名 氏名 印

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

第3編 短期給付

事務長	事務次長	班長	担当者	原票

災害見舞金請求書

組合員証番号				組合員氏名				所属機関名						
生	年	月	日	性別	続柄	一般	り災年月日	給料月額						
元号	年	月	日	コード	コード	特別	元号	年	月	日				

警察署長の証明 市区町村長・消防署長又は	り災者氏名:		※損害程度月数
	り災年月日:	年 月 日	住居 家財
	り災場所:		
	り災の原因及びその状況:		
	損害の程度:		
	上記のとおり証明する。		
	令和 年 月 日	職名	
	証明者	氏名	印
標準報酬月額	等級 号	円	請求額 円
上記のとおり請求します。			
	地方職員共済組合沖縄県支部長殿	住所	
	令和 年 月 日	請求者	
		氏名	
		組合員との関係	
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。			
		職名	
	令和 年 月 日	所属所長	
		氏名	印

- ※印欄は記入しないでください。
- 別居している被扶養者が、り災した場合は、そのむね記入してください。
- り災申立書、住宅損害額明細書、家財損害額明細書、写真等の添付が必要です。

所属所担当者氏名	
所属所連絡先	

罹災申立書

令和 年 月 日
 地方職員共済組合沖繩県支部長 殿

住所 _____
 氏名 _____
 印 _____

私はこの度非常災害により次のとおり被害を受けましたので申し立てます。
 なお、住居又は家財の損害については別表1及び2のとおりであります。

記

組合員住所					
別居している					
被扶養者氏名					
同上住所					
被害を受けた日時	年	月	日	午前・午後	時 分
同上場所					
死亡者氏名					
死亡の場所					
災害の種類別	火災、水災、震災、その他				
住居の種類別	自宅、借家、公舎、間借、共同住宅				
住居の構造及び面積	木造平屋				
	簡易耐火構造二階建				
	耐火構造三階建				
					平方メートル

住居の平面図又は断面図	災害現場附近の見取り図
-------------	-------------

別表2

家財損害額明細書

所属
氏名

被害を受ける前 の家財の総額A	損害額B	残額C	損害割合 $\frac{B}{A}$	備考
円	円	円	%	

内訳

区分	損害額			被害前の額	残額	備考
	数量	単価	金額			
			円	円	円	
合計						

区分	損害額			被害前の額	残額	備考
	数量	単価	金額			
			円	円	円	
合計						

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日
 本人又は民生委員 住所 氏名 印

第3編 短期給付

別紙様式第21号

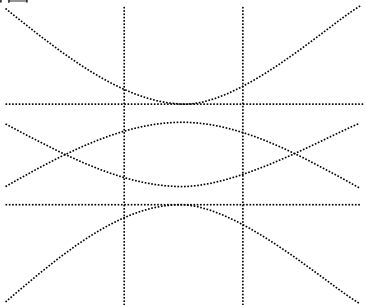
損害賠償申告書

組合員証 記号番号		所属機関名			
組合員氏名		被害者氏名		性別 続柄	
加害者の氏名 及び住所			事故発生 年月日	令和	年 月 日
事故発生状況					
被害の状況 及びその見積額		加害者から受 けた損害賠償			
<p>上記のとおり申告します。</p> <p style="text-align: center;">殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名</p>					
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 所属所長 氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

1. 被害者が組合員被扶養者証に記載されている被扶養者であるときは、「組合員証記号番号」欄に組合員被扶養者証の記号番号を記入してください。
2. 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。
3. 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書いてください。

第3編 短期給付

事故状況報告書(交通事故等第三者加害行為による傷害)

組合員証番号			所属所名		
組合員氏名			被害者氏名		続柄
事故発生場所			事故発生日時	令和 年 月 日 時 分頃	
事故発生の原因・被害状況	状況略図 				
組合員証使用の有無	1 使用した 2 使用しない(理由)				
加害者	住所			種別	
	ふりがな氏名			登録番号(ナンバー)	
	勤務先(職業)			車台番号	
	自動車等の運行の目的	1. 雇用の用務 2. 加害者本人の用務		保険会社名	
自動車保険関係			証明書番号		
契約者名			加害者との関係		
療養経過	傷病名			療養見込期間	
現在の療養経過と今後の見込期間	療養経過			入院	ヵ月
				通院	ヵ月
医療機関	名称			初診年月日	令和 年 月 日
	名称			入院の別	入院 年 月 日～年 月 日
	名称				通院 年 月 日～年 月 日
損害賠償についての加害者との交渉経過			公務公務外の別	1. 当傷病は公務外である 2. 当傷病は公務内である イ 未申請 ロ 申請中(年 月 日) ハ 認定済(年 月 日)	
以上のとおり報告します。 地方職員共済組合沖縄県支部長 殿 住所 令和 年 月 日 申請者 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 職名 所属所長 氏名 印					

- 注 1. 組合員が報告不能の場合はその家族または事務担当者が報告すること。
 2. 組合員証使用の場合は損害賠償申告書(別紙様式21号)も提出のこと。