

# 大阪市職員共済組合短期給付及び附加給付等支給規程

(平成 21 年 4 月 6 日制定)  
最近改正令和 5 年 1 月 1 日

(趣旨)

第 1 条 地方公務員等共済組合法の規定に基づく短期給付（現物給付である場合を除く。以下同じ。）、附加給付及び一部負担金払戻金（以下「短期給付等」という。）の支給に関し必要な事項は、大阪市職員共済組合運営規則のほか、この規程の定めるところによる。

(請求の様式)

第 2 条 短期給付等の支給を受けようとするものは、次の各号に掲げる所定の様式により請求しなければならない。

- |  |            |
|--|------------|
| (1) 療養費、高額療養費、家族療養費、<br>家族療養費附加金、家族訪問看護療養費附加金、<br>一部負担金払戻金 | 様式第 1 号    |
| (2) 移送費、家族移送費  | 様式第 2 号    |
| (3) 出産費、家族出産費  | 様式第 3 号    |
| (4) 埋葬料、家族埋葬料  | 様式第 4 号    |
| (5) 傷病手当金  | 様式第 5 号    |
| (6) 出産手当金  | 様式第 6 号    |
| (7) 休業手当金  | 様式第 7 号    |
| (8) 育児休業手当金  |            |
| ア 育児休業手当金請求書、育児休業掛金免除申出書                                   | 様式第 8 号の 1 |
| イ 育児休業手当金請求書、育児休業掛金免除申出書<br>(両親ともに育児休業する場合の特例用)            | 様式第 8 号の 2 |
| ウ 育児休業手当金変更請求書、<br>育児休業掛金免除変更申出書                           | 様式第 8 号の 3 |
| (9) 介護休業手当金  |            |
| ア 介護休業手当金請求書   | 様式第 9 号の 1 |
| イ 介護休業手当金変更請求書   | 様式第 9 号の 2 |
| (10) 弔慰金、家族弔慰金   | 様式第 10 号   |
| (11) 災害見舞金   | 様式第 11 号   |
| (12) 高額介護合算療養費   | 様式第 12 号   |
| (13) 高額療養費（外来年間合算）   | 様式第 13 号   |

(請求の手続き)

第 3 条 組合員（任意継続組合員を除く。）が短期給付等の請求をする場合は、前条に定める各様式により、所属機関の長又は所属所長を経由して共済組合に請求しなければならない。

2 前条及び前項の規定にかかわらず、高額療養費、家族療養費附加金、家族

訪問看護療養費附加金及び一部負担金払戻金については、社会保険診療報酬支払基金を経由する診療報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書を共済組合が受領したときは、それぞれ組合員から請求があったものとみなす。

(支給日)

第4条 短期給付等の支給日は、毎月10日と24日とする。ただし、前条第2項による高額療養費、附加給付及び一部負担金払戻金の支給日は毎月10日、育児休業手当金、介護休業手当金の支給日は毎月24日とする。

2 前項における支給日が日曜日、土曜日及び国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日に当たるときは順次繰り延べる。また、天災その他やむを得ない理由があるときは、共済組合が別に定める日とする。

(実施細則)

第5条 この規程の施行について必要な事項は、事務局長が定める。

附 則

この規程は、平成21年4月6日から施行する。

附 則

この変更は、平成21年10月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成22年6月30日から施行する。

附 則

この変更は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成23年11月1日から施行する。

附 則

1 この変更は、平成24年8月1日から施行する。

2 この変更の施行の前日に支給すべき事由が生じた変更前の大阪市職員共済組合短期給付及び附加給付等支給規程第2条第11号に規定する災害見舞金、災害見舞金附加金については、なお従前の例による。

附 則

この変更は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成26年5月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成26年12月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成27年1月1日から施行する。

附 則

この変更は、平成 27 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、平成 31 年 2 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、令和元年 5 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、令和 2 年 1 月 6 日から施行する。

附 則

この変更は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この変更は、令和 5 年 1 月 1 日から施行する。

様式第1号

決 裁 欄	事務局次長	係 長	係 員	給付額決定年月日	令 和	年	月	日
				取得日・認定日	区 分	六歳	一般	高齢
				昭 平 令 年 月 日		上位	一般	低所ⅡⅠ
				喪失日	ア	イ	ウ	エ
			平 令 年 月 日	入院	外来	多数該当	多数非該当	
種 別		算 式			支 給 額			
療 養 費					円			
家族療養費					円			
本人・家族・合算					円			
高額療養費					円			
一部負担金払戻金					円			
家族療養費附加金					円			
計		診療日数	点数					円

○ 本人 療 養 費 請 求 書  
○ 家族 (兼 高額療養費・附加給付金等請求書)

組 合 員 証 入 欄	組 合 員 証	(記号)	(番号)	(氏名)	昭・平 年 月 日生
	所 属 所 名 称				
	被 扶 養 者 <small>※家族療養費申請時のみ記入</small>	(氏名)	昭・平・令 年 月 日生		
	傷 病 名 等	(傷病名)	(発病または負傷日)		
		(傷病の原因となった状況を詳しく記入してください。)		(第三者行為であるか否か)	
		該当		非該当	
		(治療の経過)	(診療内容)		
		治療中・完治・その他( )			
		組合員証を使用しなかった理由(詳しく)			
	診 療 期 間	平 令 年 月 日から	日間	診療に要した 費用の額	金 円
装 具 購 入 日	平 令 年 月 日				
診 療 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 所 在 地 ・ 名 称					
添 付 書 類 の 表 示					
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
住所 _____					
組合員氏名 _____					
連絡先(電話番号) _____					
大阪市職員共済組合理事長 あて					
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 _____					



- (注) 1 医療機関等が作成した診療報酬領収済明細書(診療報酬明細書と領収書)を添付してください。  
 2 診療内容が装具のときは医師の意見書、装具装着証明書と領収書を添付してください。  
 なお、靴型装具の場合は当該装具の写真(患者が実際に装着する現物であることが確認できるもの)も添付してください。  
 3 交通事故など、第三者の原因により、その傷病が発症した場合は第三者行為該当として記入してください。  
 また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」等の提出が必要です。  
 4 通勤途上及び公務中の負傷は、健康保険適用外です。

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭 認定日 平 令	喪失日 平 令
				給付額決定年月日	令和 年 月 日
種別		算式			支給額
移送費					円
家族移送費					

移送費・家族移送費請求書

組 合 員 証	組合員証	(記号) (番号)	(氏名)
	所属所名称		
	被扶養者 <small>※家族移送費申請時のみ記入</small>	(氏名)	昭・平・令 年 月 日生
	傷病名等	(傷病名)	(発病または負傷日)
		(原因)	平・令 年 月 日
	付添がある場合は その付添人の 氏名及び住所	(氏名)	
		(住所)	
移 送 の 経 路 及 び 方 法	(経路)	移送に要した費用の額	
	(方法)	金 _____ 円	
第三者の行為による傷病 であるときはその事実と 第三者の住所・氏名			
入 欄	上記のとおり移送費・家族移送費を申請します。		令和 年 月 日
	組合員	住所	_____
		氏名	_____
		連絡先(電話番号)	_____
大阪市職員共済組合理事長 あて			
医 師 等 の 意 見 書	傷病名	移送年月日	平・令 年 月 日
	移送を必要と 認める理由 (付添がある場合は、その 付添を必要と認める理由)		
	病院又は診療所に 入院した場合には、 その期間及び 名称・所在地	平・令 年 月 日 入院 ~ 平・令 年 月 日 退院 (予定)	
	移送の経路及び方法	(名称)	
	(所在地)		
	(経路)		
	(方法)		
上記のとおり証明します。		医療機関所在地	令和 年 月 日
		医療機関名称	
		連絡先	
		医師	
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 又は所属所長		職名	_____
		氏名	_____

受付印

(注) 移送に要した費用の額を証明する書類(領収書等)を添付してください。

決裁欄	事務局次長	係長	係員	出産費資金貸付 有・無	取得日・認定日	喪失日
				給付額決定 年 月 日	令和 年 月 日	
出産費・家族出産費 支給額				円		

直接支払制度
該当・非該当
医療機関への支払金額
円

出 産 費 ・ 家 族 出 産 費 請 求 書

組 合 員 証	組合員証 (記号) (番号) (氏名)	—		
	所属所名称			
	出産年月日	平・令 年 月 日	生産 死産	単胎・多胎 (児) 在胎 週 日
	出産の場所	(所在地)	(名称)	
記	出産した被扶養者の氏名及び生年月日(家族出産費の場合のみ)	(氏名)	昭和 年 月 日生	平成
	被扶養者の前健保確認(資格取得が出産年月日以前6か月以内の場合のみ)	(記号) (番号)	(保険者名称および連絡先TEL) ( ) -	
入 欄	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日			
	住所 _____			
	組合員 氏名 _____ 連絡先(電話番号) _____			
大阪市職員共済組合理事長 あて				
医 師 又 は 助 産 師 の 証 明	出産した者の氏名及び生年月日	(氏名)	昭和 年 月 日生	平成
	出産年月日	平・令 年 月 日		
	生産・死産	単胎・多胎 (児)	在胎 週 日	
	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 所在地・連絡先 名称 医師・助産師名				
市 区 町 村 長 の 証 明	本籍			筆頭者氏名
	出生児の母親の氏名及び生年月日	(氏名)	昭和 年 月 日生	平成
	出生年月日	平・令 年 月 日	出生届出日	平・令 年 月 日
	上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
市区町村長名 (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 所属機関の長 職 名 _____ 又は所属所長 氏 名 _____				

証明はどちらか一方で構いません。



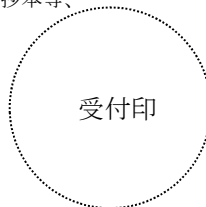
(注) 1 「直接支払制度にかかる医療機関等との合意文書」(写)および、代理受取額が記載された「費用の領収・明細書」(写)、産科医療補償制度対象分娩の場合には当該スタンプ印が押印された「費用の領収・明細書」(写)を添付してください。  
2 資格取得が出産年月日以前6か月以内の場合は、前健保から不支給である旨確認が必要です。不支給証明書があれば、添付してください。

決裁欄	事務局次長	係長	係員	認定日 取得日	喪失日		
				給付額決定 年月日	令和	年	月 日
埋葬料・家族埋葬料 支給額				円			

埋 葬 料 ・ 家 族 埋 葬 料 請 求 書

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号)	(番号)	(組合員氏名)	
	所属所名称				
	死亡した 組合員 又は 被扶養者	(氏名)			
		昭和 平成 年 月 日 生 令和			
		(死亡年月日)		(死亡の場所)…自宅、病院、その他	
		平・令 年 月 日			
	(埋葬年月日)		(死亡原因)		
	平・令 年 月 日				
	第三者行為に該当するか	該当・非該当			
	添付書類の表示				
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日					
請求者 住 所 _____ 氏 名 _____ 組合員との関係 _____ 連絡先(電話番号) _____ 大阪市職員共済組合理事長 あて					
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 _____					

- (注) 1 この請求書には、市区町村長の埋葬許可証又は火葬許可証の写、死亡診断書、住民票の除票又は戸籍抄本等、死亡が確認できる書類のいずれかを添付してください。
- 2 地方公務員等共済組合法第65条第2項の規定により請求する場合は、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。
- 3 交通事故などの第三者が原因で、その傷病が発症した場合は第三者行為該当として記入してください。また、別途「損害賠償申告書・事故発生状況報告書」等の提出が必要です。
- 4 通勤途上及び公務中の負傷を起因とするものは、支給の対象外です。



決裁欄	事務局次長	係長	係員	給付額決定年月日		令和 年 月 日	
				取得日	昭平令 年 月 日	喪失日	平令 年 月 日
種別	算式			控除額	支給額		
傷病手当金	(標準報酬月額)	(日数)	円	円	円		
	円 × $\frac{2}{3}$ × =						
傷手支給開始日	平・令 年 月 日	支給期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日				

傷病手当金 請求書

組 合 員 証 欄	組合員証 (記号) — (番号)	氏名		
	所属名称	生年月日	昭・平 年 月 日	
	傷病名	発病又は負傷日	昭・平・令 年 月 日	
		勤務できなくなった最初の日	平・令 年 月 日	
	発病又は負傷の原因	第三者行為であるか否か	該当 ・ 非該当	
	傷病手当金の請求にかかる期間		平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	
	通勤による災害に係る休業補償等の現在の受給状況 (いずれかを○で囲んでください。)		休業補償受給状況	受給中 ・ 請求中 ・ 請求予定 ・ 非該当
	当該傷病の初診日から1年半経過すると障害年金を受給できる場合があります。(いずれかを○で囲んでください。)		障害年金請求予定	受給中 ・ 請求中 ・ 請求予定 ・ 現在請求権なし
	年金又は障害手当金受給中の場合は右記を記入してください。	給付金の種類		
		支給開始年月	昭・平・令 年 月	給付額(年額) 金 _____ 円
同意書添付の有無 (いずれかを○で囲んでください。)		有 ・ 無 (既に提出済み)		
上記のとおり請求します		令和 年 月 日		
組合員		住所 _____		
大阪市職員共済組合理事長 あて		氏名 _____		
		連絡先(電話番号) _____		
医 師 の 意 見 書 欄	傷病名	診療開始日	平・令 年 月 日	
	労務不能と認められた期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	左の期間中の診療実日数 日	
	<b>次の項目について詳細に記入してください。</b> 上記の期間における主症状及び経過			
	症状経過から見て労務に服することができないと認められた医学的な所見とその判断			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地		連絡先		
医療機関名称		医師氏名		

共済組合  
受付印

(注1) 初めて請求される方は、別紙「同意書」も提出してください。  
(注2) 年金又は障害手当金を受給したときは、金額、種類のわかる書類を添付してください。



番号				氏名			
標準報酬等級	第	級	標準報酬月額	円			
勤務しなかった期間					左記期間にかかる報酬を受ける場合の金額		
平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日					金 _____ 円		
[報酬額に関する計算基礎] 月毎に作成してください。(支給割合が異なる場合はそれ毎に)							
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日
	. . . .						
	. . . .						
至		平・令	年	月	日		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。					休業中の報酬額		
給料					円	合計 _____ 円	
地域手当					円		
通勤手当					円		
その他					円		
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日
	. . . .						
	. . . .						
至		平・令	年	月	日		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。					休業中の報酬額		
給料					円	合計 _____ 円	
地域手当					円		
通勤手当					円		
その他					円		
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日
	. . . .						
	. . . .						
至		平・令	年	月	日		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。					休業中の報酬額		
給料					円	合計 _____ 円	
地域手当					円		
通勤手当					円		
その他					円		
勤務しなかった期間	自	平・令	年	月	日	日間	公休該当日
	. . . .						
	. . . .						
至		平・令	年	月	日		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。					休業中の報酬額		
給料					円	合計 _____ 円	
地域手当					円		
通勤手当					円		
その他					円		
当請求書の記載事項は、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 _____							
氏名 _____							

所属所記入欄

※所属所において出勤状況の内容が確認できる出勤簿等の写しを添付してください。  
 ※所属所において初回及び復職後の再請求時には、病気休暇取得期間一覧を添付してください。

様式第6号

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭 平 令	年	月	日	喪失日	平 令	年	月	日
					給付額決定年月日			令和 年 月 日				
種別		算式						控除額		支給額		
出産手当金		(標準報酬日額)		(日数)		円		円		円		
		円 × $\frac{2}{3}$ ×		日 =								
支給期間		平・令 年 月 日		～		平・令 年 月 日						

出 産 手 当 金 請 求 書

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号)	(番号)	氏名	
	所属所名称			生年月日	(昭 平 年 月 日)
	出産・出産予定 年 月 日	平・令 年 月 日		標準報酬月額	円
	出産手当金の請求にかかる期間	平・令 年 月 日		～	平・令 年 月 日
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 連絡先 (電話番号) _____ 大阪市職員共済組合理事長 あて				
医 師 又 は 助 産 師 の 意 見 書 欄	出産(予定日)に関する意見				
	出 産 予 定 年 月 日	平・令 年 月 日			
	出 産 年 月 日	平・令 年 月 日 単胎・多胎 ( 児)			
	上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 医療機関所在地 _____ 医師 医療機関名称 _____ 助産師 連絡先 _____ 氏名 _____				
勤務しなかった期間		平・令 年 月 日		～	平・令 年 月 日
上記の期間にかかる報酬を受ける場合の金額 金 _____ 円 上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 職名 _____ 所属機関の長 氏名 _____					

受付印

(注) 裏面の報酬額に関する計算基礎を所属所にて記入してください。

番号				氏名			
[報酬額に関する計算基礎] 月毎に作成してください。(支給割合が異なる場合はそれ毎に)							
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日	. . . .		
					. . . .		
	至 平・令 年 月 日				. . . .		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日	. . . .		
					. . . .		
	至 平・令 年 月 日				. . . .		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日	. . . .		
					. . . .		
	至 平・令 年 月 日				. . . .		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			
勤務しなかった期間	自 平・令 年 月 日		日間	公休該当日	. . . .		
					. . . .		
	至 平・令 年 月 日				. . . .		
計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額			
給料				円		合計 _____ 円	
地域手当				円			
通勤手当				円			
その他				円			

所属所記入欄

※所属所において出勤状況の内容が確認できる出勤簿等の写しを添付してください。

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭平令 年 月 日	喪失日 令和 年 月 日
				給付額決定年月日	令和 年 月 日
種別	算式			控除額	支給額
休業手当金	(標準報酬日額) (日数) 円			円	円
	円 × 50% × 日 =				
支給期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				

## 休業手当金請求書

組合員記入欄	組合員証 (記号) (番号)	氏名	昭平 年 月 日	
	所属所名称	生年月日		
	標準報酬等級	第 級	標準報酬月額	円
	勤務できなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	勤務できなかった理由 <small>(いずれかの番号に○をつけてください)</small>	欠勤事由		支給対象期間
		1 被扶養者の病気又は負傷 2 配偶者(内縁含む)の出産 3 組合員の公務によらない不慮の災害 又は被扶養者の不慮の災害 4 組合員の結婚、配偶者(内縁含む)の死亡 又は被扶養者などの結婚や葬祭 5 被扶養者ではない配偶者(内縁含む)、 子、父母の病気又は負傷		欠勤した全期間 14日以内の欠勤した期間 5日以内の欠勤した期間 7日以内の欠勤した期間 7日以内で所属所長が必要と認める期間
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日				
組合員 住所 _____ 氏名 _____ 連絡先(電話番号) _____ 大阪市職員共済組合理事長 あて				
勤務しなかった期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
上記の期間にかかる報酬を受ける場合の金額				
金 _____ 円				
上記のとおり証明します。				
令和 年 月 日				
職名 _____				
所属機関の長 氏名 _____				



(注) 裏面の報酬額に関する計算基礎を所属所にて記入してください。

番号				氏名									
[報酬額に関する計算基礎] 月毎に作成してください。(支給割合が異なる場合はそれ毎に)													
勤務しなかった期間	自	令和	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・		
										・	・	・	・
	至	令和	年	月	日					・	・	・	・
		計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額							
給料						円		合計 _____ 円					
地域手当						円							
通勤手当						円							
その他						円							
勤務しなかった期間	自	令和	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・		
										・	・	・	・
	至	令和	年	月	日					・	・	・	・
		計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額							
給料						円		合計 _____ 円					
地域手当						円							
通勤手当						円							
その他						円							
勤務しなかった期間	自	令和	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・		
										・	・	・	・
	至	令和	年	月	日					・	・	・	・
		計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額							
給料						円		合計 _____ 円					
地域手当						円							
通勤手当						円							
その他						円							
勤務しなかった期間	自	令和	年	月	日	日間	公休該当日	・	・	・	・		
										・	・	・	・
	至	令和	年	月	日					・	・	・	・
		計算式 給料支給計算に基づき計算してください。				休業中の報酬額							
給料						円		合計 _____ 円					
地域手当						円							
通勤手当						円							
その他						円							

所属所記入欄

※所属所において出勤状況の内容が確認できる出勤簿等の写しを添付してください。

(様式第8号の1)

育児休業手当金請求書  
育児休業掛金免除申出書



所属コード						組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称	
職員番号								
組合員 氏名	フリガナ						出生児 氏名	
生年月日	昭和 平成	年	月	日生			生年月日	令和 年 月 日生
標準報酬 月額	等級		月額					
		号						
円								
育児休業承認期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで	(日数) <sup>※1</sup>					
								日
育児休業手当金 請求期間	令和 年 月 日から	令和 年 月 日まで						
雇用保険からの 育児休業給付の支給	<input type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入、その他: ) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険法の育児休業給付が受けられる場合は支給されません。)							
本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得状況がある場合のみご記入ください。								
○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間								
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
(2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
○子の出生から8週間超の育児休業承認期間								
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき請求します。 地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定に基づき掛金免除を申し出ます。								
<input type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 年 月 日								
住所 _____								
組合員 氏名 _____								
連絡先(電話番号) _____								
大阪市職員共済組合理事長 あて								
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 _____								
氏 名 _____								

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 育児休業承認書の写しを添付してください。市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。

共済組合使用欄			

育児休業手当金請求書  
育児休業掛金免除申出書



所属コード		組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称
職員番号			
組合員 氏名	フリガナ		出生児 氏名
生年月日	昭和 平成	年 月 日生	生年月日 令和 年 月 日生
標準報酬 月額	等級	月額	
	号	円	
育児休業承認期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで (日数) <sup>※1</sup> 日		
育児休業手当金 請求期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
産後休暇期間 (組合員が女性の場合)	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
雇用保険からの 育児休業給付の支給	<input type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入、その他: ) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険法の育児休業給付が受けられる場合は支給されません。)		
本請求に係る子に対して、過去に育児休業の取得状況がある場合のみご記入ください。			
○子の出生から8週間以内の育児休業承認期間			
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
(2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
○子の出生から8週間超の育児休業承認期間			
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
配偶者 について	氏名	フリガナ	育児休業 取得期間
	<input type="checkbox"/> 大阪市職員 <input type="checkbox"/> 大阪市職員以外		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
		大阪市職員の場合 職員番号	
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の2の規定に基づき請求します。 地方公務員等共済組合法第114条の2第1項の規定に基づき掛金免除を申し出ます。 <input type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 年 月 日			
住所 _____			
組合員 氏名 _____			
連絡先(電話番号) _____			
大阪市職員共済組合理事長 あて			
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 _____			
氏 名 _____			

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 育児休業承認書の写しを添付してください。市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。
- 3 組合員の配偶者であることを確認できる書類(住民票等)及び配偶者の育児休業取得を確認できる書類を添付してください。組合員、配偶者とも市長部局・水道局の場合は、配偶者の育児休業取得を確認できる書類は不要です。

共済組合使用欄			

(様式第8号の3)

育児休業手当金変更請求書  
 育児休業掛金免除変更申出書

共済組合  
 受付印

所属コード						組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称			
職員番号										
組合員 氏名	フリガナ						出生児 氏名			
生年月日	昭和 平成	年	月	日生	生年月日	令和	年	月	日生	
育児休業 承認期間	当初	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで (日数) <sup>*1</sup>	
	変更後	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで (日数) <sup>*1</sup>	
育児休業 手当金 請求期間	当初	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	
	変更後	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで	
産後休暇期間 (組合員が女性の場合)	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで	
両親とも育児休業を取得する場合(パパ・ママ育休プラス)										
配偶者 について	氏名	フリガナ				育児休業 取得期間	令和	年	月	日から
	<input type="checkbox"/> 大阪市職員 <input type="checkbox"/> 大阪市職員以外					大阪市職員の場合 職員番号	令和	年	月	日まで
<p>上記のとおり、          地方公務員等共済組合法施行規程第115条の2第3項の規定に基づき、育児休業期間を変更して請求します。          地方公務員等共済施行規程第164条の3第3項の規定に基づき、掛金免除の変更を申し出ます。</p> <p><input type="checkbox"/> 掛金免除申出のみ(育児休業手当金の請求がない場合) 令和 年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>組合員 氏名 _____</p> <p>連絡先(電話番号) _____</p> <p>大阪市職員共済組合理事長 あて</p>										
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所属機関の長 職 名 _____</p> <p>氏 名 _____</p>										

※1 (日数)については、育児休業を開始した日と終了する日の翌日が同月内の場合のみ記載

- 1 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。
- 2 両親とも育児休業を取得する場合の特例に変更する場合は、育児休業承認書の写しを添付してください。  
市長部局・水道局の場合は所属所で添付しますので不要です。
- 3 組合員の配偶者であることを確認できる書類(住民票等)及び配偶者の育児休業取得を確認できる書類を添付してください。  
組合員、配偶者とも市長部局・水道局の場合は、配偶者の育児休業取得を確認できる書類は不要です。

共済組合使用欄			



(様式第9号の1)

共済組合  
受付印

介護休業手当金請求書

所属コード						組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称	
職員番号								
組合員 氏名	フリガナ					要介護者 氏名	組合員との続柄 ( )	
標準報酬 月額	等級	月額			介護が必要となった理由(傷病や状態など)			
	号	円						
要介護者の住所								
介護休業承認期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
介護休業手当金 請求期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
雇用保険からの 介護休業給付の支給	<input type="checkbox"/> 無 (雇用保険未加入、その他: ) <input type="checkbox"/> 有 (支給不可、雇用保険法の介護休業給付が受けられる場合は支給されません。)							
本請求に係る要介護者に対して、過去に同一の理由での介護休暇の取得状況がある場合のみ ご記入ください。								
(1回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
(2回目) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで								
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法第70条の3の規定に基づき請求します。								
令和 年 月 日								
住所 _____								
組合員 氏名 _____								
連絡先(電話番号) _____								
大阪市職員共済組合理事長 あて								
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 _____								
氏 名 _____								

注) 所属所(市長部局にあっては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。

介護休業手当金変更請求書

所属コード						組合員種別 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 短期	所属所 名称		
職員番号									
組合員 氏名	フリガナ					要介護者 氏名	組合員との続柄 ( )		
介護休業承認期間	当初	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
	変更後	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
介護休業手当金 請求期間	当初	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
	変更後	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
上記のとおり、 地方公務員等共済組合法施行規程第115条の4第3項の規定に基づき、介護休業期間を変更して請求します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> 住所 _____ 組合員 氏名 _____ 連絡先(電話番号) _____ 大阪市職員共済組合理事長 あて									
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 _____ 氏 名 _____									

注) 所属所(市長部局にあつては総務事務センター)を通じて速やかに提出してください。

様式第10号

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 昭平令 認定日	年	月	日	喪失日	令和	年	月	日
				給付額決定年月日		令和 年 月 日						
種別	算式						支給額					
弔慰金 家族弔慰金	(標準報酬月額)						円					
				×	1.0	=						
					0.7							
				円			円					

○ 弔 慰 金 請 求 書  
○ 家 族 弔 慰 金

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号) (番号)	氏名
	所属所名称		
	標準報酬等級	第 級	標準報酬月額 円
	上記のとおり請求します。		住所
	令和 年 月 日	請求者	氏名
		組合員との関係	
	大阪市職員共済組合理事長 あて	連絡先(電話番号)	
市 区 町 村 長 又 は 警 察 署 長 の 証 明 欄	死亡者氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	組合員との続柄	死亡年月日	令和 年 月 日
	死亡場所		
	死亡原因 および その状況		
	非常災害により死亡したことを証明します。		職名
	令和 年 月 日	証明者	氏名 (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	所属機関の長 又は所属所長	職名
			氏名



弔慰金を請求する場合は、遺族の順位を証明する書類の添付が必要となります。

様式11号

決裁欄	事務局次長	係長	係員	取得日 <small>昭 平 令</small> 年 月 日	喪失日 令和 年 月 日
				給付額決定年月日	令和 年 月 日
種別		算式			支給額
災害見舞金		(標準報酬月額)	(住居+家財)		
		円 ×	月分 =	円	円

種別	支給条件	支給額	該当の適否
災害見舞品費	支給を受けた災害見舞金の算定月数が2月以上	50,000円	適・否
	支給を受けた災害見舞金の算定月数が2月未満で災害救助法が適用	30,000円	適・否

災 害 見 舞 金 請 求 書

組 合 員 記 入 欄	組合員証	(記号) (番号)	氏名	
	所属所名称			
	り災年月日	り災場所		
	り災原因 及び その状況			
	標準報酬等級	第 級		
	標準報酬月額	円		
	上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 請 求 者 氏 名 _____ 大阪市職員共済組合理事長 あて 連絡先(電話番号) _____			
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 _____				

(注) この請求書には、り災者の氏名、り災の日、り災の場所、り災の原因及びその状況並びに損害の程度についての市区町村長、消防署長又は警察署長の証明書を添付してください。

受付印

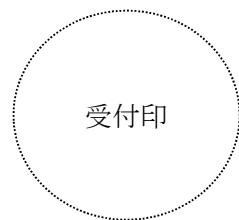
様式第12号

決 裁 欄	事務局次長	係長	係長	区 分	70歳未満	上位所得者 ア イ		一般 ウ エ		低所得者 オ	
					70歳以上	現役並み所得者	一般	低所得者II	低所得者I		
	給付額決定年月日					令和 年 月 日					
	共 済 組 合 計 算 欄										
保険者名称	加入履歴番号	対象者氏名	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
			70歳以上負担額	70歳以上按分率	①に係る支給額	70歳未満負担額	④+(①-③)	按分率	⑤に係る支給額	③+⑦	
支給額合計											
大阪市職員共済組合支給分計(再掲)											

高額介護合算療養費支給請求書兼自己負担額証明書交付申請書( 枚中の 枚)

大阪市職員共済組合に高額介護合算療養費の請求をする  他の医療保険者に請求するため自己負担額証明書の交付申請をする

組 合 員 記 入 欄	申請対象年度	令 年度	対象となる計算期間	令 年 月 日から 令 年 月 日まで									
	組合員証の記号・番号	—			所属所名称								
	フリガナ				生年月日	昭・平	年	月	日	生			
	申請者氏名				大阪市職員共済組合加入期間	昭・平・令	年	月	日から	昭・平・令	年	月	日まで
	計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 (自己負担額証明書交付申請の場合のみ記入)												
	保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号						
		1		平・令	年	月	日から						
		2		平・令	年	月	日まで						
		3		平・令	年	月	日から						
	※ 被扶養者の加入状況、大阪市職員共済組合における受診歴は裏面に記入となります。												
上記のとおり、請求します。 令和 年 月 日													
住所 _____													
氏名 _____													
連絡先(電話番号) _____													
大阪市職員共済組合理事長あて													
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 _____													



被扶養者加入状況

組 員 記 入 欄	フリガナ		生年月日			昭・平・令 年 月 日 生			
	被扶養者氏名		大阪市職員共済組合加入期間			昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで			
	保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間			区分		添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要
		4		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
		5		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	6		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者		
	フリガナ		生年月日			昭・平・令 年 月 日 生			
	被扶養者氏名		大阪市職員共済組合加入期間			昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで			
	保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間			区分		添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要
		7		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
		8		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	9		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者		
フリガナ		生年月日			昭・平・令 年 月 日 生				
被扶養者氏名		大阪市職員共済組合加入期間			昭・平・令 年 月 日から 昭・平・令 年 月 日まで				
保 険 者 加 入 歴	保険者名		加入期間			区分		添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は記入不要	
	10		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者		
	11		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者		
12		平・令 平・令	年 年	月 月	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者			

大阪市職員共済組合加入期間における受診歴(共済組合保有データとの照合に使用します)

組 員 記 入 欄	診療年月		受診者		自己負担額		受診医療機関		備考	
	平・令	年 8月			円					
	平・令	年 9月			円					
	平・令	年 10月			円					
	平・令	年 11月			円					
	平・令	年 12月			円					
	平・令	年 1月			円					
	平・令	年 2月			円					
	平・令	年 3月			円					
	平・令	年 4月			円					
	平・令	年 5月			円					
	平・令	年 6月			円					
平・令	年 7月			円						

- ・自己負担額証明書交付申請の場合、保険者加入歴の記入は不要です。
- ・被扶養者の欄については、計算期間の末日(基準日)において在籍している被扶養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、計算期間内の全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。
- ・加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください)
- ・大阪市職員共済組合加入期間の自己負担額証明書については、添付は不要です。
- ・以前、大阪市職員共済組合の組合員であった方が基準日において共済組合の被扶養者である場合も自己負担額証明書の添付は不要です。
- ・共済組合、健康保険等の被扶養者が受けた診療は組合員(被保険者等)が負担したとみなされるため、被扶養者の自己負担はありません。
- ・国民健康保険においては、当該世帯に属するものが受けた診療は世帯主が負担したとみなされるため、世帯主以外の方の負担はありません。
- ・被扶養者数や受診歴(初年度のみ)が欄を超える場合は、請求書を必要枚数記入してください。

決裁欄	事務局次長	係長	係員	給付額決定年月日		令和	年	月	日
				基準日 所得区分	一般・低Ⅱ・低Ⅰ	支給額			

高額療養費(外来年間合算)支給請求書兼自己負担額証明書交付申請書( 枚中の 枚)

大阪市職員共済組合に高額療養費(外来年間合算)の請求をする  他の医療保険者に請求するため自己負担額証明書の交付申請をする  
 ※自己負担額証明書の交付申請の場合は両方ともにチェックを付けてください。

組 合 員 記 入 欄	申請対象年度	令	年度	対象となる計算期間	令	年	月	日から	令	年	月	日まで		
	組合員証の記号・番号	—				所属所名称								
	フリガナ					生年月日	昭・平	年	月	日	生			
	申請者氏名					大阪市職員共済 組合加入期間	昭・平・令 昭・平・令	年	月	日から	年	月	日まで	
	※1 計算期間の末日に加入する保険者の名称													
	振込口座記入欄 <small>※計算期間の末日に加入する保険者が当共済組合の場合は記入不要</small>	金融機関名			支店名			預金種別		口座番号(右詰め)				
		銀行 金庫 組 合			支 店 出 張 所			普通預金 当座預金						
		口座名義			フリガナ									
	※2	保険者名			加入期間			添付の自己負担額証明書整理番号 <small>※自己負担額が0円の場合は「不要」と記載</small>						
	保 険 者 加 入 歴	1	平・令 平・令			年	月	日から	日まで					
2		平・令 平・令			年	月	日から	日まで						
3		平・令 平・令			年	月	日から	日まで						
フリガナ					生年月日	昭・平・令	年	月	日	生				
被扶養者氏名					大阪市職員共済 組合加入期間	昭・平・令 昭・平・令	年	月	日から	年	月	日まで		
※3	保険者名			加入期間			区分		添付の自己負担額証明書整理番号 <small>※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載</small>					
保 険 者 加 入 歴	1	平・令 平・令			年	月	日から	組合員(被保険者) 被扶養者						
	2	平・令 平・令			年	月	日から	組合員(被保険者) 被扶養者						
	3	平・令 平・令			年	月	日から	組合員(被保険者) 被扶養者						
※対象となる被扶養者が複数名いる場合は裏面に記載してください。														
上記のとおり、請求します。										令和	年	月	日	
住所														
氏名														
連絡先(電話番号)														
大阪市職員共済組合理事長あて														
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										受付印				
又は所属所長 氏名														

対象となる被扶養者が複数名いる場合はこちらに記入してください。

組 合 員 記 入 欄	フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	生	
	被扶養者氏名		大阪市職員共済 組合加入期間	昭・平・令 昭・平・令	年	月	日	日から 日まで	
	※3	保険者名	加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載		
	保 険 者 加 入 歴	1		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
		2		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
		3		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
	フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	生	
	被扶養者氏名		大阪市職員共済 組合加入期間	昭・平・令 昭・平・令	年	月	日	日から 日まで	
	※3	保険者名	加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載		
	保 険 者 加 入 歴	1		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
		2		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
		3		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者
フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日	生		
被扶養者氏名		大阪市職員共済 組合加入期間	昭・平・令 昭・平・令	年	月	日	日から 日まで		
※3	保険者名	加入期間			区分	添付の自己負担額証明書整理番号 ※区分が被扶養者の場合は「不要」と記載			
保 険 者 加 入 歴	1		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	2		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	
	3		平・令 平・令	年	月	日	日から 日まで	組合員(被保険者) 被扶養者	

ご記入時の注意事項

- 申請対象年度及び対象となる計算期間について
  - 申請対象年度は、対象となる計算期間の初日の属する年度を記入してください。  
(例)計算期間の初日が令和3年8月1日の場合は令和3年度と記入する。
  - 対象となる計算期間は、対象年度の8月1日～翌年7月31日までを記載してください。  
(例)令和3年度分の申請の場合は令和3年8月1日～令和4年7月31日。
- 申請者に係る記入欄について
  - 自己負担額証明書交付申請の場合、※1について記入してください。 ※2の記入は不要です。
  - 外来年間合算の支給申請のみの場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請)、※2について記入してください。 ※1の記入は不要です。  
※2の加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください)  
その際の自己負担額証明書整理番号欄には「不要」と記入してください。
  - 振込口座がゆうちょ銀行の場合、支店名には通帳の記号の2～3桁目と8を記入し、預金種別には普通預金を選んでください。
- 被扶養者に係る記入欄について
  - 被扶養者の欄については、計算期間の末日において在籍している被扶養者について記入してください。
  - 自己負担額証明書交付申請の場合、※3の記入は不要です。
  - 外来年間合算の支給申請のみの場合(計算期間の末日に加入する保険者への支給申請)、※3について記入してください。 ※1の記入は不要です。  
※3加入期間における、自己負担が0円の場合は、自己負担額証明書の添付は不要です。(加入期間は記入してください)  
その際の自己負担額証明書整理番号欄には「不要」と記入してください。
- その他
  - 記入欄が足りない場合は、2枚目以降に記入してください。その際は申請書右上の( 枚中の 枚)に全体の枚数と何枚目かを記載してください。