

別記様式第十号を次のように改める。

様式第70号 (第17条、第22条関係)

埋葬料同附加金請求書

Form for Burial Fee Request. Includes fields for applicant name, address, deceased name, and date of death.

●大線枠内を記入してください

Form for Burial Fee Request (continued). Includes checkboxes for burial type and reasons for exemption.

Form for Burial Fee Request (continued). Includes fields for insurance policy numbers and names.

Form for Burial Fee Request (continued). Includes fields for applicant name, address, and contact information.

注意事項: 1. 「遺(火)葬年月日」欄には、葬儀執り行った日を記入してください。 2. 寄附埋料は、当組合において組合員の葬持業者として認定されたことに基づき...

別記様式第十一号を次のように改める。

様式第11号 (第17条、第22条関係)

傷病手当金同附加金請求書

Form for Injury Benefit Request. Includes fields for applicant name, address, date of injury, and insurance details.

●大線枠内を記入してください

Form for Injury Benefit Request (continued). Includes checkboxes for injury type and insurance status.

Form for Injury Benefit Request (continued). Includes fields for insurance policy numbers and names.

Form for Injury Benefit Request (continued). Includes fields for applicant name, address, and contact information.

注意事項: 1. 必要事項をすべて記入し、各欄ごとに請求してください。 2. 記入漏れ、誤りがある場合は、修正のため所屬へ書類を送戻します。...

別記様式第十六号を次のように改める。

様式第16号 (第17条 第22条関係)

### 災害見舞金 請求書

種別 登録番号  
62

所属所名	り災者氏名	性別
組合員氏名	り災者が被災者のとき	男女
組合員証番号	生年月日	生年月日
給料表( ) 級 号給	り災年月日	平成 年 月 日
標準報酬月額	り災場所	
請求金額	り災原因及びその状況	
支給率		
支給金額	要	

●太線枠内を記入してください

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿  
住所 千  
請求者 氏名

退職者の場合  
自宅の電話番号 ( )

※請求者の「氏名」欄は、記名押印することによって、自署による署名をすることができません。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名  
所属所長 氏名

課長代理  
課長  
担当

#### 【注意事項】

- 1 別居している被災者がり災した場合は、「摘要欄」にその旨記載し、別紙に組合員の住所及び家財についての状況を詳しく書いて添付してください。
- 2 区市町村長又は消防署長発行の「り災証明書(原本)」を添付してください。
- 3 被害状況明細書を詳しく書いて添付してください。

(日本工業規格A914部)

別記様式第二十一号を次のように改める。

様式第21号 (第17条関係)

### 出産手当金 請求書

種別 登録番号  
43

所属所名	出産年月日	平成 年 月 日
組合員氏名	出産予定日	平成 年 月 日
組合員証番号	今回出産歴数(産・死産)	人
資格取得日	勤務できなかつた期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
任意継続組合員の場 合はその資格取得日	請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
資格喪失日	請求金額	円
任意継続組合員の場 合はその資格喪失日	支給金額	円
給料表( ) 級 号給	請求金額	円
標準報酬月額	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

の出産予定日は 平成 年 月 日であり、その

出産 ・  死産 ・  早産 ・  流産 (該当の口にし印をつけてください。)は

平成 年 月 日 (妊娠 月 日) であること、証明します。

平成 年 月 日

住所 氏名

証明者(医師又は助産師) 氏名

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿  
住所 千  
請求者 氏名

自宅の電話番号 ( )

※請求者の「氏名」欄は、記名押印することによって、自署による署名をすることができません。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日

職名  
所属所長 氏名

課長代理  
課長  
担当

#### 【注意事項】

- 1 出産後休養期間に支払われる報酬額が手当の金額より多い場合は支給対象となりません。
  - 2 退職者は支給対象外です。
  - 3 ただし、組合員期間が1年以上で、退職日までに出産事由が発生していた場合は支給対象となります。
- 【添付書類】
- 1 報酬支給額証明書 ※ 退職時の請求期間のみ
  - 2 出勤簿
  - 3 退職後の保険証(写) ※ 出産手当金受給中に退職した場合

(日本工業規格A914部)

別記様式第二十二号を次のように改める。

様式第22号 (第17条関係)

種別	登録番号	42
所属所名	請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
組合員氏名	請求期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
組合員証番号	勤務できなかった理由	
勤務できなかった日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
給料	給料表 ( ) 級 号給	円
標準報酬月額	支給日数	円
請求金額	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

※地方公務員等共済組合法第70条

1号	強扶養者の病気又は負傷	欠勤事由	支給対象期間
2号	配偶者 (強扶養者でなくても可。内縁関係を含む) の出産		14日以内の欠勤した期間
3号	組合員の公務によらない不慮の災害又は強扶養者の不慮の災害		5日以内の欠勤した期間
4号	組合員の婚姻、出産等 (2号と同一) の死亡又は強扶養者の婚姻や葬祭		7日以内の欠勤した期間
5号	強扶養者ではない配偶者 (内縁関係を含む)、子、父母の病気又は負傷		5日以内の所属者が必要と認める期間

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住所 丁目

請求者 氏名

〒

上記請求は地方公務員等共済組合法第70条第 号に該当し、事実と相違ないものと認めます。

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができません。

共済組合 決定権 課長

共済組合受付印

課長代理

担当

【注意事項】

- 必要事項をすべて記入し、各月ごとに請求してください。
- 記入漏れ・誤りがある場合は、補正のため所属へ書類を送ります。支給が遅れることもありまますのでご注意ください。

【添付書類】

- 欠勤している期間の出勤簿(等)
- 報酬支払額証明書
- 給与振替簿

(日本工営関係A列4番)

別記様式第二十三号を次のように改める。

様式第23号 (第17条関係)

種別	登録番号	61
所属所名	死亡者氏名	死亡者氏名
組合員氏名	死亡者が被扶養者のとき	昭和 年 月 日 平成 年 月 日
組合員証番号	死亡年月日	平成 年 月 日
給料	給料表 ( ) 級 号給	円
給料金の基礎となつた額	死亡場所	
標準報酬月額	請求金額	円
請求金額	支給金額	円

●太線枠内を記入してください

上記のとおり請求します。

東京都職員共済組合理事長 殿

平成 年 月 日

住所 丁目

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。

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することによって、自筆による署名をすることができません。

退職者の場合 自宅の電話番号 ( )

共済組合 決定権 課長

共済組合受付印

課長代理

担当

【注意事項】

- 地震火災等の非常災害により死亡した場合に対象となります。
- 区市町村長又は警察署長の発行する非常災害により死亡したことの証明書と、事故報告書を添付してください。

(日本工営関係A列4番)

別記様式第二十五号を次のように改める。

様式第25号 (第17条関係)

### 移 送 費 請 求 書

所 属 所 名	移送年月日	平成 年 月 日	理 別	登 録 番 号
組合員氏名	移送に要した費用	円	22	
組合員証番号	移送の方法			
療養者氏名	移送の経路			
療養者が被扶養者の場合 生年月日	昭和 年 月 日	性別	男	女
備 病 名	付添看護師等の氏名及び住所			
療病の原因	請求金額	円		
医療機関名	支給金額	円		

● 太線枠内を記入してください

上記のとおり請求します。  
 東京都職員共済組合理事長 殿  
 平成 年 月 日 住 所 〒  
 請求者氏名

連帯者の場合  
 自宅の電話番号 ( )  
 〒

\*請求者の「氏名」の欄は、記名押印することにより、自業による署名をすることができません。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日 職 名  
 所属所長 氏名 担当

共同組合  
 決定権  
 課 長

理事長代理  
 担 当

【添付書類】  
 1 「移送を必要とする医師の意見書(原本)」  
 2 「領収書(原本)」  
 3 2についての「明細書(原本)」

(日本工業規格A列4部)

別記様式第二十六号を次のように改める。

様式第26号 (第17条の2関係)

### 限度額適用・標準負担額減額認定申請書

所 属 所 名	継続対象者氏名	性別	男	女
組合員氏名	生年月日	昭和 年 月 日		
組合員証番号	長期入院	該 当	非該当	
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日数		
入院をした保険医療機関等	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日数		
入院をした保険医療機関等	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日数		
入院をした保険医療機関等	所在地			
申請日の前1年間の入院期間(日数)	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	日数		
入院をした保険医療機関等	所在地			
平成 年 月 日	氏名	年齢	所得の状況	
①	氏名	年齢	所得の状況	
②	氏名	年齢	所得の状況	
③	氏名	年齢	所得の状況	
④	氏名	年齢	所得の状況	

● 太線枠内を記入してください

別添証明書のとり、種類認定の条件に該当しますので、上記のとおり申請します。  
 東京都職員共済組合理事長 殿  
 平成 年 月 日 住 所 〒  
 申請者 氏名

連帯者の場合  
 自宅の電話番号 ( )  
 〒

\*申請者の「氏名」の欄は、記名押印することにより、自業による署名をすることができません。

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

平成 年 月 日 職 名  
 所属所長 氏名 担当

共同組合  
 決定権  
 課 長

理事長代理  
 担 当

【注意事項】  
 市区町村民税非課税証明書等所得の状況及び入院期間を確認できる書類を添付してください。

(日本工業規格A列4部)



別記様式第二十九号を次のように改める。

様式第29号(第17条関係)

介護休業手当金請求書

種別	登録番号	45
所属	氏名	氏名
所属	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
所属	住所	住所
組合員証番号	家族	
過去の介護休暇取得歴	雇用保険法適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、雇用保険法が適用されます。
介護休業承認期間 （日付）	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ※手当金はこの期間の初日から引き続く30日間のみ支給可能です。	
請求対に○を して(日付)ください	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	
給料	給料表( )	月額 第 級
請求日数	請求金額	支給日数 支給金額
添付書類	<input type="checkbox"/> 介護休業承認書承認理簿の写し <input type="checkbox"/> 出勤簿の写し(請求対象月のもの) <input type="checkbox"/> 給与振込履歴簿の写し <input type="checkbox"/> 報酬支給額証明書(請求対象月に支払われる報酬について) <input type="checkbox"/> 住民票の写し(同居を必須条件とする要介護家族の場合。例:兄弟姉妹、祖父母、孫)	

上記のとおり請求します。  
 東京都職員共済組合理事長 殿  
 平成 年 月 日  
 住所  
 請求者 氏名  
 担当 氏名  
 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。  
 平成 年 月 日  
 所属所長 氏名  
 担当

【注意事項】  
 1 各日ごとに請求してください。  
 2 記入漏れ、誤りがある場合は、補正のため書類を返戻します。支給が遅れることがありますのでご注意ください。  
 3 要介護家族の住所が別居の場合は、必ず記入欄に「別居」を記入してください。  
 4 雇用保険法の適用については、記入欄に「有」を記入してください。  
 5 記載内容を訂正する場合は、訂正印を押してください。

(日本工業規格A4用紙)

附則

この変更は、平成二十八年四月一日から施行する。

東京都職員共済組合の組合会議員等の旅費等に関する規則の一部を改正する規則を公布する。  
平成二十八年三月三十日

東京都職員共済組合

理事長 秋山俊行

●東京都職員共済組合規則第九号

東京都職員共済組合の組合会議員等の旅費等

に関する規則の一部を改正する規則

東京都職員共済組合の組合会議員等の旅費等に関する規則(昭和五十四年東京都職員共済組合規則第六号)の一部を次のように改正する。

第四条第二項中「前項」を「第一項に規定する」に改め、同項を同条第四項とし、同項の次に次の一項を加える。

5 第二項に規定する報酬は、月の初日からその月の末日までの間における勤務日数により計算した総額を翌月十五日に支給する。この場合において、支給の日が日曜日、土曜日又は休日(国民の祝日に関する法律(昭和二十三年法律第七十八号)に定める休日を含む。)に当たるときは、職員の給与に関する条例施行規則(昭和三十七年東京都規則第七十二号)第二条に規定する支給方法の例によるものとする。

第四条第一項の次に次の二項を加える。

2 学識経験監事に対しては、前項に定める報酬のほか、職員の給与に関する条例(昭和二十六年東京都条例第七十五号)第十二条に規定する通勤手当の例により報酬を

支給する。

3 前項に定める報酬は、日額で定めるものとし、月の従事日数における通勤に要する運賃等（運賃、時間、距離等の事情に照らし最も経済的かつ合理的と認められる通常の通勤の経路及び方法による運賃等の額であつて、定期券又は回数乗車券その他の定期券以外のもののうち、最も低廉となる額の総額をいう。）を月の従事日数で除して算定した額とする。ただし、一日当たりの報酬の限度額は、二千六百円とする。

附則

この規則は、平成二十八年四月一日から施行する。

発行  
 東京都  
 東京都新宿区西新宿二丁目八番一  
 号(代)

郵便番号  
 163-8001

定価

本号  
 一箇月 五〇円  
 六、六〇〇円  
 (郵送料を含む)

印刷所

勝美印刷株式会社  
 東京都文京区白山二丁目十三番七  
 号  
 電話 〇三(三八二)五二〇一(代)

郵便番号  
 113-0001