

年 月 日

島根県社会福祉協議会長 様

共済契約者番号 ()

共済契約者名 ()

現認証明書 (業務上の死亡による退職)

1. 退職者

氏 名	
職員番号	
生年月日	年 月 日

2. 労災等該当の確認 (該当するものに○を記載)

() ①労災保険 (葬祭料、葬祭給付) の給付決定がある

() ②労働基準監督署の受付印がある第三者行為災害届がある

() ③その他業務上の死亡とする理由がある

(理由:)

注: 上記①～③のいずれにも該当しない場合は、業務上の死亡による退職として扱えないため本紙の提出は不要です。

3. 死亡等の状況

事故等の情報	発生場所
	発生時の状況及び原因 (具体的に記載して下さい)
	発生年月日 年 月 日
	死亡年月日 年 月 日

島根県社会福祉協議会長 様

共済契約者番号 ()

共済契約者名 ()

現認証明書

(業務上の傷病で負った障害による退職)

1. 退職者

氏 名	
職員番号	
生年月日	年 月 日

2. 労災等該当の確認 (該当するものに○を記載)

(1) 障害の原因となった傷病の労災等への該当

- () ①労災保険(障害給付、傷害補償給付、傷病補償年金)の給付決定がある
 () ②通勤中又は業務中の交通事故で、事故の相手方による補償がある
 () ③法人として休業期間の給与を支給(※健康保険の傷病手当金・年次有給休暇対応は除く)

(2) 障害の等級の認定

- () ①障害について認定済み(等級の証明書)
 () ②障害の認定について申請中
 () ③認定は受けていないが、相当する障害の等級を証明できる

注:上記(1)と(2)にそれぞれ○がない場合は、業務上の傷病で負った障害による退職には該当しないため本紙の提出は不要です。

3. 休業の状況

事故等の情報	発生場所
	発生時の状況及び原因(具体的に記載して下さい)
	傷病の内容
	傷病の等級 厚生年金法第47条第2項で規定する障害等級()級
	発生日月日 年 月 日
療養のための休業期間	事故等の発生日と休業期間の開始日に空白がある場合、該当するものに○をして下さい。 () ①実際に勤務していた () ②療養開始日まで、年次有給休暇で対応した () ③療養開始日まで、欠勤で対応した () ④その他()
休業期間中の給与支給の根拠	(休業期間中の給与を支給する根拠となる法人の規則) 就業規則 第()条第()項

※療養のための休業期間は、各種届出において、当該職員が共済契約対象施設等に従事した日として扱ってください。