年　　月　　日

日本郵政共済組合 共済センター長　殿

所　　属

証明者役職

証明者氏名　　印

報酬支給割合に関する証明

下記のとおり証明します。

記

1　対象者

社員番号	
組合員氏名	

2　初診日からの証明期間と支給割合の変更有無

証明期間	支給割合の変更有無
年　月　日から　年　月　日	有　無
年　月　日から　年　月　日	有　無
年　月　日から　年　月　日	有　無

3　**【給与支給割合の変更「有」の場合のみ記載】**休職期間と支給割合等

期間	服務	給与	支給割合
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の

以上

正社員、高齢再雇用社員、短時間社員、月給制の契約社員の記載例

1　2023 年　12 月　1 日

日本郵政共済組合 共済センター長　殿

2
所　　属　共済組合共済センター
証明者役職　センター長
証明者氏名　組合　一郎　印

報酬支給割合に関する証明

下記のとおり証明します。

記

1　対象者

3

社員番号	01234567
組合員氏名	共済　太郎

2　初診日からの証明期間と支給割合の変更有無

4

証明期間	支給割合の変更有無
2023 年　4 月　1 日から　2023 年　9 月　30 日	有　無
2023 年　10 月　1 日から　2023 年　11 月　30 日	有　無
年　月　日から　年　月　日	有　無

3　【給与支給割合の変更「有」の場合のみ記載】休職期間と支給割合等

5

期間	服務	給与	支給割合
2023 年　10 月　1 日　から 2023 年　11 月　30 日	休職	0 円	100 分の 0
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の

以上

1	記　入　日	証明日をご記入ください。 （傷病手当金請求月の末日以降の日付でお願いします。）
2	所　属 証明者役職 証明者氏名	証明者の方の所属、役職、お名前をご記入ください。 押印については、役職印又は証明者の私印をお願いします。
3	社員番号 組合員氏名	証明対象者の社員番号及び氏名をご記入ください。
4	証明期間 支給割合の変更有無 ※支給割合の変更有無 減額なし⇒「無」に○ 減額あり⇒「有」に○	初診日以降の証明期間全期間をご記入ください。 期間中に報酬支給割合が変更となった場合、行を分けてご記入いただくことになります。 例えば以下のような勤務状況であった場合は、左の記載例項番２のように２段に分けてご記入いただく必要があります。 病気休暇　2023 年　4 月 1 日　～　2023 年　9 月 30 日 休　　職　2023 年 10 月 1 日　～（現在休職中）
5	期　間 服　務 給　与 支給割合	人事記録の記載を参考にご記入ください。 期間 … 項番２「支給割合の変更有無」で「有」に○をつけた期間を服務、給与、支給割合別にご記入ください 服務 … 病気休暇、休職等をご記入ください。 給与 … 可能な範囲で、当時の給与支給額をご記入ください。対象となる給与は以下のとおりです。 基本給、調整手当、休職者給与等、扶養手当、管理職手当、通勤手当、住居手当、特別調整隔遠地、特別調整寒冷地、社宅使用料の差額 支給割合 … 人事記録を参考に 100 分の 0、100 分の 80 等をご記入ください。

時給制の契約社員の記載例

1 2023 年　12 月　1 日

日本郵政共済組合 共済センター長　殿

2
所　　属　共済組合共済センター
証明者役職　センター長
証明者氏名　組合　一郎　印

報酬支給割合に関する証明

下記のとおり証明します。

記

1　対象者

3

社 員 番 号	91234567
組 合 員 氏 名	共済　太郎

2　初診日からの証明期間と支給割合の変更有無

4

証明期間	支給割合の変更有無
2023 年　4 月　1 日から　2023 年　9 月　30 日	有　無
2023 年　10 月　1 日から　2023 年　11 月　30 日	有　無
年　月　日から　年　月　日	有　無

3　【給与支給割合の変更「有」の場合のみ記載】休職期間と支給割合等

5

期間	服務	給与	支給割合
2023 年　10 月　1 日　から 2023 年　11 月　30 日	病休 （無給）	0 円	100 分の 0
2023 年　11 月　1 日　から 2023 年　11 月　30 日	休職	0 円	100 分の 0
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の
年　月　日　から 年　月　日		円	100 分の

以上

1	記　入　日	証明日をご記入ください。 （傷病手当金請求月の末日以降の日付でお願いします。）
2	所　　属 証明者役職 証明者氏名	証明者の方の所属、役職、お名前をご記入ください。 押印については、役職印又は証明者の私印をお願いします。
3	社 員 番 号 組合員氏名	証明対象者の社員番号及び氏名をご記入ください。
4	証 明 期 間 支給割合の変更有無 ※支給割合の変更有無 減額なし⇒「無」に〇 減額あり⇒「有」に〇	初診日以降の証明期間全期間をご記入ください。 期間中に報酬支給割合が変更となった場合、行を分けてご記入いただくことになります。 例えば以下のような勤務状況であった場合は、左の記載例項番２のように２段に分けてご記入いただく必要があります。 有 給 休 暇　2023 年　4 月 1 日 ～ 2023 年　9 月 30 日 病休・休職　2023 年 10 月 1 日 ～（現在休職中）
5	期　　間 服　　務 給　　与 支 給 割 合	以下を参考にご記入ください。 期間 … 項番２「支給割合の変更有無」で「有」に〇をつけた期間を服務、給与、支給割合別にご記入ください 服務 … 病気休暇、休職等をご記入ください。 給与 … 「0 円」とご記入ください。 支給割合 … 100 分の 0 等をご記入ください。