

公務災害・通勤災害
認定補償事務の手引
【 様 式 】

令和 5 年 8 月

地方公務員災害補償基金
広島県支部

[認定請求関係]	(ページ)
公務災害認定請求書	1
通勤災害認定請求書（住居と勤務場所との間の往復の場合）	3
〃（兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合）	5
現認書・事実証明書	7
診断書	8
申立書	9
治療状況報告書	10
既往症歴報告書	11
発症状況等調書（腰痛事案）	12
発症状況等調書（頸部痛事案）	13
発症状況等調書（腰部・頸部痛事案）	14
[補償請求関係]	
療養の給付請求書	15
療養補償請求書（薬局以外）	16
療養補償請求書（薬局）	18
特別室必要証明書	20
補装具必要証明書	21
看護証明書	22
通院日数証明書・区間運賃証明書	23
移送費明細書	24
タクシー等の利用の必要性に関する証明書	25
施術に関する同意書	26
転医届	27
併医届	28
障害補償一時金請求書	29
残存障害診断書	30
[各種報告関係]	
治ゆ（症状固定）報告書	32
療養の現状等に関する報告書	33
障害の現状報告書（傷病補償年金）	35
障害の現状報告書（障害補償年金）	37
遺族の現状報告書	38
奨学援護金の支給に係る現状報告書	40
就労保育援護金に関する現状報告書	42

[第三者加害事案関係]

第三者加害報告書	4 4
事故発生状況報告書	4 7
念書（兼同意書）	4 8
補償先行申出書	4 9
確約書	5 0
確約書不提出の理由書	5 1
交渉経過報告書	5 2
損害賠償義務者に関する調書	5 3
損害賠償の受領報告書	5 4
第三者加害行為現状（結果）報告書	5 5

[平均給与関係]

平均給与額算定書	5 7
----------	-----

[共通]

同意書	5 9
-----	-----

様式第 1 号

公務災害認定請求書		* 認 定 番 号	
地方公務員災害補償基金		請求年月日 年 月 日	
広島県 支部長 殿		(千 一)	
下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		請求者の住所	
		フリガナ 氏 名	
		被災職員との続柄	
被災職員に関する事項	1	所属団体名	フリガナ
		所属部局名	氏 名
		(電話番号)	年 月 日生 (歳)
		職 名	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号
		<input type="checkbox"/> 常 勤	記号 番号
		<input type="checkbox"/> 令第1条職員	
		災害発生の 日 時 年 月 日 (曜日)	午前 午後 時 分頃
		災害発生の場所	
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		
* 受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 認 定	年 月 日	* 通 知	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外		

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 「2 災害発生の状況」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

様式第1号

2 災害発生 の 状 況	
	*3 長所の 属部局 の
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他
*5 任命権 者の 意 見	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 任命権者の職・氏名 </div>

〔注意事項〕

4 「*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱い、基金に相談すること。

5 「*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の9種類の区分番号を記入すること。

1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員
7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員

6 「*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の40種類の区分番号を記入すること。

01医師・歯科医師 02看護師 03保健師・助産師 04 その他の医療技術者 05保育所保育士 06保育士・寄宿舍指導員等 07船員 08土木技師
09農林水産技師 10 建築技師 11調理員 12運転手・車掌等 13義務教育学校教員 14義務教育学校以外の教員 15その他の教育公務員
16社会教育主事 17警察官 18消防吏員 19清掃職員 20電話交換手 21道路補修員 22守衛・庁務員等 23栄養士 24電気、ボイラー等技術員
25農業等改良普及員 26司書(補)・学芸員(補) 27生活、作業等指導員 28生保担当ケースワーカー 29獣医師 30食品、環境衛生監視員
31五法担当ケースワーカー 32動植物飼育員 33査察指導員 34 各種社会福祉司 35水道等検針員・徴収員 36ホームヘルパー
37交通巡視員 38その他の一般事務職 39その他の一般技術職 40その他の技能労務職

様式第 2 号

[法第 2 条第 2 項第 1 号関係 住居と勤務場所との間の往復 の場合]		通勤災害認定請求書		* 認 定 番 号			
地方公務員災害補償基金		請求年月日 年 月 日					
広島県 支部長 殿		(〒 ー)					
下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。		請求者の住所					
		フリガナ 氏 名					
		被災職員との続柄					
被災 職員 に 関 する 事 項	1	所属団体名			フリガナ		
		所属部局名			氏 名		
		(電話番号)			年 月 日生 (歳)		
		職 名			共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		
		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員			記号 番号		
		災害発生の 日 時			午前 時 分頃 午後 時 分頃		
		災 害 発 生 の 場 所					
	傷 病 名						
	傷病の部位及びその程度						
* 受 理		所 属 部 局		任 命 権 者		基 金 支 部	
(到達した年月日)		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
* 認 定		年 月 日 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		* 通 知		年 月 日	

[注意事項]

1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。

2 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡查、消防士等と記入すること。

3 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい（公務の性質を有するものを除く。）、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。

ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。

したがって、「2 災害発生の状況等」の欄は、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかとなるよう、その状況を記入すること。

4 「2 災害発生の状況等」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

様式第 2 号

2	(1)	災害発生の日の勤務開始（予定）時刻又は勤務終了の時刻	午前 午後	時	分頃	
	(2)	災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 午後	時	分頃	
	(3)	災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午前 午後	時	分頃	
	(4)	災害発生の状況				
災害発生の状況等						
* 3	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。					
長所の属証明局の	年 月 日		名 称			
	所属部局の		所 在 地			
			長の職・氏名			
4 添付する資料名		<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写				
		<input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程				
		<input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他				
* 5	任命権者の意見					
		<div><div></div><div></div></div>				
		年 月 日				
		任命権者の職・氏名				

5 「2 災害発生の状況等」の欄の（1）には、災害が出勤の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合は、勤務終了の時刻を記入すること。また、（2）は、災害が出勤の際に生じた場合に、（3）は、災害が退勤の際に生じた場合にそれぞれ記入すること。

6 「* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、基金に相談すること。

7 「* 5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の9種類の区分番号を記入すること。

1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員

8 「* 5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の40種類の区分番号を記入すること。

01医師・歯科医師 02看護師 03保健師・助産師 04 その他の医療技術者 05保育所保育士 06保育士・寄宿舎指導員等 07船員 08土木技師 09農林水産技師 10 建築技師 11調理員 12運転手・車掌等 13義務教育学校教員 14義務教育学校以外の教員 15その他の教育公務員 16社会教育主事 17警察官 18消防吏員 19清掃職員 20電話交換手 21道路補修員 22守衛・庁務員等 23栄養士 24電気、ボイラー等技術員 25農業等改良普及員 26司書(補)・学芸員(補) 27生活、作業等指導員 28生保担当ケースワーカー 29獣医師 30食品、環境衛生監視員 31五法担当ケースワーカー 32動植物飼育員 33査察指導員 34 各種社会福祉司 35水道等検針員・徴収員 36ホームヘルパー 37交通巡視員 38その他の一般事務職 39その他の一般技術職 40その他の技能労務職

様式第2号の2

法第2条第2項第2号及び第3号関係
兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合

通勤災害認定請求書

* 認 定 番 号

地方公務員災害補償基金

広島県 支部長 殿

下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。

請求年月日 年 月 日

(〒 ー)

請求者の住所

フリガナ 氏 名

被災職員との続柄

1

被
災
職
員
に
関
す
る
事
項

所属団体名

所属部局名
(電話番号)

職 名 ☐ 常 勤
☐ 令第1条職員

災害発生の
日 時 年 月 日 (曜日) 午前 時 分頃
午後 時 分頃

災 害 発 生 の 場 所

傷 病 名

傷病の部位及びその程度

フリガナ

氏 名 ☐ 男
☐ 女

年 月 日生 (歳)

共済組合員証・健康保険組合員証記号番号

記号 番号

* 受 理

所 属 部 局

任 命 権 者

基 金 支 部

(到達した年月日)

年 月 日

年 月 日

年 月 日

* 認 定

年 月 日
☐ 該当 ☐ 非該当

* 通 知

年 月 日

[注意事項]

1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。

2 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。

3 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、①総務省令で定める就業の場所から勤務場所への移動、②住居と勤務場所との間の往復に先行する住居間の移動、③住居と勤務場所との間の往復に後続する住居間の移動を、合理的な経路及び方法により行うことをいい（公務の性質を有するものを除く。）、職員が、この移動の経路を逸脱し、又はこの移動を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の移動は、上記の通勤には該当しないこと。
ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。
したがって、「2 災害発生の状況等」の欄は、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかになるよう、その状況を記入すること。

4 「2 災害発生の状況等」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

5 「2 災害発生の状況等」の欄の（1）には、災害が注意事項3の①及び②の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）年月日及び時刻を、災害が注意事項3の③の移動の際に生じたものである場合は、勤務終了年月日及び時刻を記入すること。
また、（2）には、災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所から離れた年月日及び時刻を、注意事項3の②の際に生じたものである場合は、家族が住む住居を離れた年月日及び時刻を、注意事項3の③の際に生じたものである場合は、単身赴任先の住居を離れた年月日及び時刻を記入すること。また、（3）は、災害が注意事項3の③の際に生じたものである場合に記入すること。

-5-

様式第2号の2

2	(1) 勤務開始(予定)又は勤務終了の年月日及び時刻	年	月	日	午前 午後	時	分頃
	(2) 住居又は就業の場所を離れた年月日及び時刻	年	月	日	午前 午後	時	分頃
	(3) 勤務場所を離れた年月日及び時刻	年	月	日	午前 午後	時	分頃
	(4) 災害発生の状況						
*3	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。						
長所の属証部局の	年		月	日	所属部局の <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">名 称</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">所 在 地</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">長の職・氏名</div> </div>		
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他						
*5	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 30px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: center;">任命権者の職・氏名</div>						

- 6 災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所の名称及び所在地を、注意事項3の②及び③の際に生じたものである場合は、家族が住む住所を、「2 災害発生の状況等」の欄の(4)に記入すること。
- 7 「*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱い、基金に相談すること。
- 8 「*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の9種類の区分番号を記入すること。
- 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員
7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 9 「*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の40種類の区分番号を記入すること。
- 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師・助産師 04 その他の医療技術者 05 保育所保育士 06 保育士・寄宿舍指導員等 07 船員 08 土木技師
09 農林水産技師 10 建築技師 11 調理員 12 運転手・車掌等 13 義務教育学校教員 14 義務教育学校以外の教員 15 その他の教育公務員
16 社会教育主事 17 警察官 18 消防吏員 19 清掃職員 20 電話交換手 21 道路補修員 22 守衛・庁務員等 23 米養士 24 電気、ボイラー等技術員
25 農業等改良普及員 26 司書(補)・芸芸員(補) 27 生活、作業等指導員 28 生保担当ケースワーカー 29 獣医師 30 食品、環境衛生監視員
31 五法担当ケースワーカー 32 動植物飼育員 33 査察指導員 34 各種社会福祉司 35 水道等検針員・徴収員 36 ホームヘルパー 37 交通巡視員
38 その他の一般事務職 39 その他の一般技術職 40 その他の技能労務職

☐ 現 認 書
☐ 事 実 証 明 書

被 関 災 す 職 る 員 事 に 項	被災職員の職氏名					
	災害発生の日時	年	月	日 (曜日)	時	分ごろ
	災害発生場所					
災 害 発 生 の 状 況 (現 認 者 等 と 被 災 職 員 と の 関 係 も 明 記 の こ と)						
	現 認 者 等 の 証 明	上記のとおりであることを証明します。				
年		月	日	住 所		
			所 属			
			職氏名			

〔注意事項〕

- 1 この証明書は、災害の目撃者（現認者）が「現認書」として作成し、現認者がいない場合は、災害の通報を受けた職員が「事実証明書」として作成すること。
- 2 「災害発生状況」の欄は、できるだけ詳しく記入すること。
- 3 証明者の住所は現住所を記載すること。

診 断 書

被災 職員	住 所		
	氏 名	(生年月日 年 月 日)	
初 診 日		年 月 日	
傷 病 名			
上記傷病に関係 のある既往歴			
原 因 主 訴			
検査結果、臨床 所見など (できるだけ詳細 に記入してくだ さい。)			
現 症 及び 症 状 経 過			
療養の見込み		年 月 日から約 日間の療養を要する見込み	
		入院の要否 <input type="checkbox"/> 要 (日間) <input type="checkbox"/> 否	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">〔医療機関〕</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: center;">(※ 自署又は記名押印)</p>			

申 立 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所属

職・氏名

に関する申立てについて

このことについて、次のとおり申し立てます。

[illegible]

治療状況報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 _____
(被災職員)
氏 名 _____

私の認定請求傷病に係る治療状況について、次のとおり報告します。

医療機関		報告期間		年 月 日から 年 月 日 (報告日) まで					
日	年月	年	月	年	月	年	月	年	月
1	16								
2	17								
3	18								
4	19								
5	20								
6	21								
7	22								
8	23								
9	24								
10	25								
11	26								
12	27								
13	28								
14	29								
15	30								
	31								
合 計	入院	日	日	日	日	日	日	日	日
	通院	日	日	日	日	日	日	日	日

〔注意事項〕 受診医療機関が2以上ある場合は、それぞれの医療機関ごとに作成すること。

〔記入要領〕 ○ …… 入院した日

△ …… 通院した日

× …… 治癒した日

既往症歴報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 _____
(被災職員)

氏 名 _____

私の _____ に係る既往症歴について、次のとおり報告します。

既往症の有無		有 ・ 無		
既往症がある場合				
傷病名	発症時期	発症原因、症状、治療経過など	治癒時期	受診医療機関

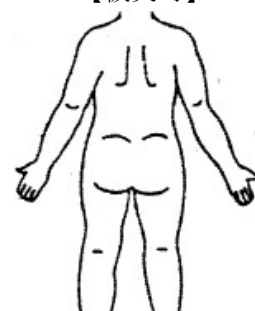
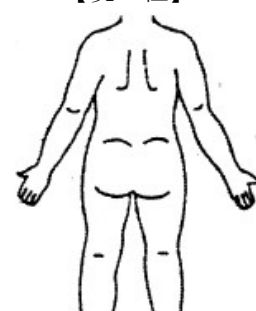
- 1 医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは、薬品名等を記入すること。
- 2 健康診断結果、レントゲン写真など、過去の検査データがあれば、添付すること。

発症状況等調書（腰痛事案）

年 月 日

今回の腰痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名

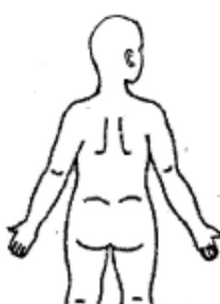
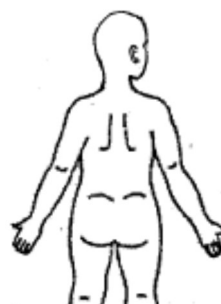
<p>1 災害発生状況</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり</p> </div> <p>※ 非災害性の腰痛の場合、この調査のほかに、日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>被災日 年 月 日 被災場所</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>被災状況 通常の動作とは異なる動作の有無 → 有 ・ 無 突発的な出来事・アクシデントの有無 → 有 ・ 無 (具体的状況)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>腰痛の発症原因となった対象物</p> <p>【人】 (性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg 【物】 (大きさ) cm × cm × cm (重量) kg (形状) (材質)</p> </div>
<p>2 被災職員に関する事項</p>	<p>(性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg</p> <p>痛みを感じる部位 自発痛 (×)、圧痛 (△)、運動痛 (○) の部位を図示</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>【被災時】</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>【現在】</p>  </div> </div>
<p>3 被災原因等に関する申立て</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>今回の腰痛を発症する直前の状況</p> <p>a 腰痛の自覚症状はまったくなかった</p> <p>b 運動時など、時々軽い痛みを感じていた (年 月頃から)</p> <p>c 常時、腰部に痛みや不快感を感じていた (年 月頃から)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>今回の発症原因についてどう考えるか</p> <p>a 被災時に従事した作業が原因である</p> <p>b 普段の通常業務が原因である</p> <p>c 身体上の素因や以前から有していた腰痛症が原因である</p> <p>d その他 ()</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無 無 ・ 有</p> </div> <p>※「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p>
<p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 所属長職・氏名</p>	

発症状況等調書（頸部痛事案）

年 月 日

今回の頸部痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名 _____

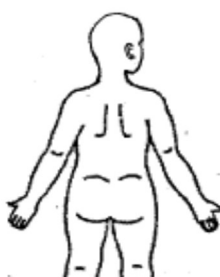
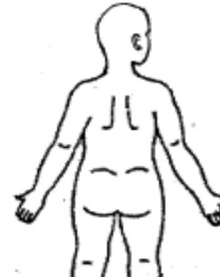
<p>1 災害発生状況</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり</p> </div> <p>※ 非災害性の頸部痛の場合、この調書のほかに日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>被災日</div> <div>年 月 日</div> <div>被災場所</div> </div> <hr/> <p>被災状況 通常の動作とは異なる動作の有無 → 有 ・ 無 突発的な出来事・アクシデントの有無 → 有 ・ 無 (具体的状況)</p> <p>頸部痛の発症原因となった対象物</p> <p>【人】 (性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg 【物】 (大きさ) cm × cm × cm (重量) kg (形状) (材質)</p>
<p>2 被災職員に関する事項</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>(性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg</div> <div></div> </div> <p>痛みを感じる部位 自発痛 (×)、圧痛 (△)、運動痛 (○) の部位を图示</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>【被災時】</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>【現在】</p>  </div> </div>
<p>3 被災原因等に関する申立て</p>	<p>今回の頸部痛を発症する直前の状況</p> <p>a 頸部痛の自覚症状はまったくなかった b 作業時など、時々軽い痛みを感じていた (年 月頃から) c 常時、頸部に痛みや不快感を感じていた (年 月頃から)</p> <p>今回の発症原因についてどう考えるか</p> <p>a 被災時に従事した作業が原因である b 普段の通常業務が原因である c 身体上の素因や以前から有していた基礎疾患が原因である d その他 ()</p> <p>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無 無 ・ 有</p> <p>※「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p>
<p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 所属長職・氏名</p>	

発症状況等調書（頸部・腰部痛事案）

年 月 日

今回の頸部痛・腰部痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名 _____

<p>1 災害発生状況</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり</p> </div> <p>※ 非災害性の頸部痛の場合、この調書のほかに日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>被災日 年 月 日 被災場所</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>被災状況 通常の動作とは異なる動作の有無 → 有 ・ 無 突発的な出来事・アクシデントの有無 → 有 ・ 無 (具体的状況)</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>頸部痛・腰部痛の発症原因となった対象物</p> <p>【人】 (性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg 【物】 (大きさ) cm × cm × cm (重量) kg (形状) (材質)</p> </div>
<p>2 被災職員に関する事項</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>(性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg</p> <p>痛みを感じる部位 自発痛 (×)、圧痛 (△)、運動痛 (○) の部位を図示</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <p>【被災時】</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>【現在】</p>  </div> </div> </div>
<p>3 被災原因等に関する申立て</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>今回の頸部痛・腰部痛を発症する直前の状況</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>a 頸部痛の自覚症状はまったくなかった</p> <p>b 作業時など、時々軽い痛みを感じていた (年 月頃から)</p> <p>c 常時、頸部に痛みや不快感を感じていた (年 月頃から)</p> <p>d 腰痛の自覚症状はまったくなかった</p> <p>e 作業時など、時々軽い痛みを感じていた (年 月頃から)</p> <p>f 常時、腰部に痛みや不快感を感じていた (年 月頃から)</p> </div> <p>今回の発症原因についてどう考えるか</p> <div style="margin-left: 20px;"> <p>a 被災時に従事した作業が原因である</p> <p>b 普段の通常業務が原因である</p> <p>c 身体上の素因や以前から有していた基礎疾患が原因である</p> <p>d その他 ()</p> </div> <p>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無 無 ・ 有</p> <p>※「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p> </div>
<p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 所属長職・氏名</p>	

様式第5号

療養の給付請求書

認 定 番 号

地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 殿 下記の指定医療機関等における療養の給付を 請求します。		請求年月日 年 月 日 請求者の住所 フリガナ 氏 名	
1 被災職員に関する事項	所属団体名		フリガナ 氏 名 年 月 日生 (歳)
	所属部局名		
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名 称	
		所在地	
	(旧)	名 称	
		所在地	
* 受 理	基 金 支 部		
(到達した年月日)	年 月 日		
* 決 定	年 月 日	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	* 通 知 年 月 日

1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の名称及び所在地を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の名称及び所在地を記入すること。

療養補償請求書

認定番号	
請求回数	第 回 (年 月 分)

地方公務員災害補償基金広島県支部長 殿	請求年月日 年 月 日
下記の療養補償を請求します。	請求者の住所 フリガナ 氏 名

1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名.....
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称..... 所在地..... 氏 名 (代表者名).....

2 被災する職員の事項	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名 (電話番号)	年 月 日生 (歳)
	職名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日

3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
-------	-------------------------	---

4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
-------	-------------------------	---

5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円
	年 月 日から 日間 { 看護師の資格 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円

6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	

7 上記以外の療養費 (3~6 以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7 の合計額)	円
------------------------	---	--------------------------	---

9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する
	個人番号
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 銀行 支店 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号 口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ)
	<input type="checkbox"/> その他

*受理 (到達した日)	所 属 部 局 年 月 日	任 命 権 者 年 月 日	基 金 支 部 年 月 日
*決定金額	円	*通知	年 月 日
		*支払	年 月 日

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)										
傷病名	ア	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間 年 月 日から 年 月 日まで							
	イ		イ	年	月	日								
	ウ		ウ	年	月	日								
初診	時間外・休日・深夜	回	点											
再診	再診	×	回	傷病の経過										
	外来診療科	×	回											
	継続管理加算	×	回											
	外来管理加算	×	回											
	時間外	×	回											
	休日	×	回	転	年 月 日									
	深夜	×	回		帰	治 ゆ	継 続	転 医	中 止	死 亡				
指導				摘 要										
在宅	往診	回												
	夜間	回												
	深夜・緊急	回												
	在宅患者訪問診療	回												
投薬	内服	{	薬剤	×	単位									
	調剤		×	回										
	屯服	{	薬剤	×	単位									
	調剤		×	回										
	外用	{	薬剤	×	単位									
調剤	×		回											
処方	処方	×	回											
	麻毒調基	×	回											
注射	皮下	回												
	筋肉	回												
	内脈の内他	回												
処置	薬剤	回												
	薬剤	回												
麻酔	薬剤	回												
	薬剤	回												
検査	薬剤	回												
	薬剤	回												
画像診断	薬剤	回												
	薬剤	回												
その他														
入院	入院年月日	年 月 日												
	病・診・衣	入院基本料・加算												
		×	日間											
		×	日間											
		×	日間											
	×	日間												
院	特定入院料・その他			食 事	基準	円×	日間							
						円×	日間							
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	1点単価	円								
診療報酬点数により計算できないもの				診断書料・入院室料差額等		円								
診療費請求合計額						円								
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> 診療機関の 年 月 日 </div> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> 所在地 名称 医師の氏名 </div> </div>														

療養補償請求書

認定番号

請求回数

第 回 (年 月 分)

薬局

地方公務員災害補償基金広島県支部長 殿		請求年月日 年 月 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 フリガナ 氏 名	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名.....		
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称..... 所在地..... 氏 名 (代表者名).....		
2 被災する職員の事項	所属団体名	フリガナ 氏 名	
	所属部局名 (電話番号)	年 月 日生 (歳)	
	職名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		円
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円
5 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	年 月 日から 日間 { 看護師の資格 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7 上記以外の療養費 (3~6 以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7 の合計額)	円
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 銀行 支店 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号 口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 氏名 (フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> その他		

*受 理 (到達した日)	所 属 部 局 年 月 日	任 命 権 者 年 月 日	基 金 支 部 年 月 日
*決定金額	円	*通知	*支払

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 「7 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。

* 11 調剤費請求明細				(職員氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名 称						
		所 在 地						
担 当 医 氏 名		1. 3. 2. 4.						
調 剤 期 間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日						
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医薬品名・規格・用量・剤型・用法	単位・薬料		調 剤 料	薬 剤 料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付 回 数		回			摘 要			
調 剤 基 本 料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合 計 点 数 点		
						合 計 金 額 円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)								
年 月 日								
薬局の { 所 在 地 名 称 薬剤師の氏名								

特 別 室 必 要 証 明 書

		認 定 番 号			
所 属		氏 名			
傷 病 名		災害発生日	年 月 日		
入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		日間		
特別室を必要と認めた具体的理由（該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。）	<p>ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合</p> <p>イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合</p> <p>ウ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要がある場合</p> <p>エ その他特別な事情がある場合</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>				
貴院の等級別病室明細	呼称（ <small>（認定員）</small> <small>（例：個室、上級室）</small>	（ 人）	（ 人）	（ 人）	普通室（ 人部屋） （ 人部屋）
	室数	室	室	室	室
	1日あたりの室料額	円	円	円	円
被災職員 使用状況	上記病室を必要とした期間	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）
	各室の 差額合計	円	円	円	円 （合計 円）
備 考					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関 名 称</p> <p>担当医師</p> <p style="text-align: center;">（※ 自署又は記名押印）</p>					

（注）療養補償は、医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、特別室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料（室料差額）については、被災職員個人が負担することとなります。

補 装 具 必 要 証 明 書

			認定番号	
被災職員	所 属			傷 病 名
	氏 名			
	生年月日			
災 害 発 生 日		年 月 日		
主 治 医 の 証 明	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>上記の者は</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">傷 病 名</div> <div>より {入院・外来} 加療中の者であり、</div> </div>			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>治療を行う上で</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">装 具 名</div> <div>の装着の必要を認めるとともに、</div> </div>			
	当該装具が適合したことを証明します。			
	年 月 日			
	所 在 地			
	医療機関の 名 称			
	担当医氏名			
	(※ 自署又は記名押印)			

(注) 補装具等は、主治医が療養上必要と認める場合に限り補償の対象となります。したがって、被災職員の希望で購入された場合には、自己負担していただくこととなります。

看 護 証 明 書

		認定番号	
被災 職員	住 所 氏 名		
初 診 日	(生年月日 年 月 日)		
傷 病 名			
入 院 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		
看護必要期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)		
基準看護の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
看護人の種別	<input type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄)		
看護 (付添) を必要とした理由 (病状等を詳細に記入してください。)			
備 考			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: center;">(※ 自署又は記名押印)</p>			

〔注〕 基準看護が実施されている病院で更に付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載してください。

〔参考〕 看護料が認められるのは次の場合です。

- 1 症状が重篤であって、絶対安静を必要とし、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められる場合
- 2 症状は必ずしも重篤ではないが、手術等により比較的長時間にわたり、看護師等が常時監視を要し、随時適切な処置を講ずる必要があると認められる場合
- 3 その他体位変換または床上起座が常時不可または不能であるもの、食事及び用便について常時介助を必要とするもの等で、看護師等の看護が特に必要、かつ、相当と認められる場合

– 23 –

移送費明細書

																認定番号		
被災職員	所 属												所在地					
	氏 名												住 所					
	傷 病 名 及び（災害発生日）		(災害発生日 年 月 日)															
医 療	所 在 地																	
機 関	名 称																	
通 院 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	年 月 合計日数 日間 (通院に○をして、その○内を利用した交通機関を入れてください)		
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31	
通院方法 及経路等		経 路										交 通 機 関		距 離		料 金		
		→														円		
		→														円		
		→														円		
移送費の算定 (具体的に算式を書いてください)		(合計 円)																
経路の略図	(通院経路を実線、通勤経路を点線で記載してください。)										<p>【記載例】</p> <p>J R バス</p> <p>自宅 ----- 広島駅 ----- 勤務地</p> <p> </p> <p> 路面電車</p> <p> </p> <p> 八丁堀</p> <p> (病 院)</p>							
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所属部局の長の職氏名																		

(注意)

- 1 通院日の欄には通院日に○をして、その○内に利用した交通機関を入れてください。
バス—(バ) タクシー—(タ) 電車—(電) J R—(J)
- 2 通勤届により通勤手当が支給されている区間については、補償対象とはなりません。
- 3 初回のみ、縮尺の分かる既製の地図（自宅及び勤務地・医療機関が分かるもの）を添付してください。（請求区間を変更した場合にも、初回のみ、変更後の地図を添付のこと。）
- 4 タクシーを利用した場合は、領収書及び「タクシー等の利用の必要性に関する証明書」を添付してください。（ただし、タクシーの利用は医師の判断により療養上やむを得ないと認められる場合のみ、補償対象となります。）

タクシー等の利用の必要性に関する証明書

被災職員	氏 名		認定番号	
	住 所			
認 定 傷 病 名				
<p>タクシーによる移送を必要とする理由（医学療養上の必要性を分かりやすく）</p>				
受診期間（タクシー必要期間）				
<p>次の期間については、療養上タクシー等の利用が必要であることを認めます。</p> <p> 年 月 日から 年 月 日から の通院 日間のうち の通院 日間 </p> <p> 年 月 日まで 年 月 日まで </p>				

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医療機関 名 称

担当医師

(※ 自署又は記名押印)

施 術 に 関 す る 同 意 書

		認定番号		
被災 職員	住 所 氏 名			
		(生年月日 年 月 日)		
被災年月日		年 月 日	療養を開始した日	年 月 日
傷 病 名				
同 意 の 内 容	施術の種類	<input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	施術の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	必要と認めた期間及び回数	年 月 日 から 年 月 日 まで ----- 上記の期間において、1 か月当たり _____ 回程度の施術を必要とする。		
	施 術 者 (所在地 及び名称)			
同意した理由				
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">〔医療機関〕 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: center;">(※ 自署又は記名押印)</p>				

〔注意事項〕

「必要と認めた期間」は3か月を限度とし、それ以上の必要が生じたときは、改めて同意書を交付してください。

転 医 届

				認定番号	
被災職員	所属			所在地	
	氏名			住 所	
	傷 病 名 (災害発生日)	(災害発生日 年 月 日)			
現在受診 している 医療機関	所 在 地				
	名 称				
	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療 日)			
転医する 医療機関	所 在 地				
	名 称				
	転 医 日	年 月 日			
転医する理由(療養上の理由であれば主治医が、通院上の理由であれば被災職員が詳細に記載してください。)					
主治医の証明	上記理由により療養上転医の必要があると認められるので、				
	へ転医させたことを証明する。				
	年 月 日				
	所 在 地				
	医療機関の 名 称				
担当医師					
(※ 自署又は記名押印)					
<p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p>上記のとおり転医したいので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>被災職員氏名</p>					

(注意)

- 1 主治医の指示等合理的理由のない転医の場合、転医後の重複した療養費は補償対象外となります。
- 2 転医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
- 3 転医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
- 4 主治医の証明欄は、主治医の指示により転医するときのみ証明を受けてください。

併 医 届

				認定番号	
被災職員	所属			所在地	
	氏名			住 所	
	傷 病 名 (災害発生日)	(災害発生日 年 月 日)			
現在受診	所 在 地				
している	名 称				
医療機関	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで (診療 日)			
併医する 医療機関	所 在 地				
	名 称				
	併 医 日	年 月 日			
併医する理由 (療養上の理由であれば主治医が、通院上の理由であれば被災職員が詳細に記載してください。)					
主治医の証明	上記理由により療養上併医の必要があると認められるので、 _____				
	_____へ併医させたことを証明する。				
	年 月 日				
	<div style="text-align: right;">所在地</div> <div style="text-align: right;">医療機関の 名 称</div> <div style="text-align: right;">担当医師</div> <div style="text-align: right;">(※ 自署又は記名押印)</div>				
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様 上記のとおり併医したいので届け出ます。 年 月 日 <div style="text-align: right;">被災職員氏名</div>					

(注意)

- 1 主治医の指示等合理的理由のない併医の場合、併医後の重複した療養費は補償対象外となります。
- 2 併医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
- 3 併医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
- 4 主治医の証明欄は、主治医の指示により併医するときのみ証明を受けてください。

様式第11号

障害補償一時金請求書
障害特別支給金申請書
障害特別援護金申請書
障害特別給付金申請書

1号紙

		認定番号	
地方公務員災害補償基金		請求（申請）年月日	
広島県		年 月 日	
支部長 殿		請求（申請）者の住所	
下記の障害補償一時金		フリガナ	
[障害特別支給金]		氏 名	
[障害特別援護金]			
[障害特別給付金]			
を			
請求（申請）します。			
1 関 被 災 者 の 職 事 員 に	所属団体名		フリガナ
	所属部局名		氏 名
	職 名		年 月 日生（ 歳）
□ 常 勤		負傷又は発病の年月日	
□ 令第1条職員		年 月 日	
治癒年月日		年 月 日	
2 障害の部位及びその程度			
3 既存障害とその程度			
4 障害等級		第 級 第 号	
5 障害補償一時金請求金額		〔船員の場合〕	
(平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ))			
円 × + (円 ×) = 円			
6 障害特別支給金 申請金額等		障害特別支給金 円	
障害特別援護金		円	
		傷病特別支給金の受給の有無	
		□ 有 □ 無	
7 障害特別給付金申請金額の計算		〔船員の場合〕	
(A) { 円 × + (円 ×) } × 20 / 100 = 円			
(B) 1,500,000 円 × 365 = 円			
8 障害特別給付金申請金額		円	
9 送 金 希 望 口 座 等	□ 公金受取口座を利用する		
	個人番号		
	□ 任意の口座を指定する		
金融機関名		本支店等名	
口座番号		口座種別 □ 普通 □ 当座	
□ その他		口座名義人 氏名（フリガナ）	
* 受 理		所 属 部 局	
(到達した年月日)		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
* 決 定 金 額	一 時 金	法第30条の制限 □ 有 □ 無	* 障 害 等 級
	特 別 支 給 金	円	第 級 第 号
	特 別 援 護 金	円	* 通 知
	特 別 給 付 金	円	年 月 日
	合 計	円	* 支 払
		年 月 日	

〔注意事項〕

1 請求（申請）者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

2 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。

3 「5 障害補償一時金請求金額」の欄の「（日数（ア））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法第29条第4項に掲げる日数を、「（日数（イ））」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令第7条各号に掲げる日数を、それぞれ記入すること。

4 「6 障害特別支給金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を選択すること。

5 「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「（日数（ア））」及び「（日数（イ））」は、3の例により記入すること。なお、令第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。

6 「8 障害特別給付金申請金額」の欄には、「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の（A）の金額（（A）の金額が（B）の金額を超える場合には、（B）の金額）を記入すること。

7 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。

8 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。

9 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。

10 「請求（申請）者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

認定番号	
------	--

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によってください。

種 類	残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容											
精神・神経・生殖器・泌尿器・胸腹部臓器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)											
切断・知覚等の障害	(障害の程度を図示又は説明して下さい)											
脊柱の変形(奇形)及び運動障害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・ 筋肉拘縮・ その他 ()		前 屈	度	後 屈	度	コルセット 装 用	有 (一時的・恒久的)・無				
			左 屈		右 屈		コルセット の 種 類					
			左回旋		右回旋		その他					
下肢の短縮	左下肢長	cm	短縮の原因				体幹骨 長管骨 の変形	※部位 イ 裸体となってわかる程度 ロ レントゲン写真でわかる程度				
	右下肢長	cm										
上・下肢の機能障害 (手指・足指を含む)	関 節 部 位	運 動 種 類	自 動		他 動		関 節 部 位	運 動 種 類	自 動		他 動	
			左	右	左	右			左	右	左	右
			度	度	度	度			度	度	度	度
備 考												
予 後 の 見	(機能回復の見込み、その他参考所見)											
上記のとおり診断いたします。 <div style="text-align: right;">所 在 地</div> <div style="text-align: right;">名 称</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">医師氏名</div> <div style="text-align: right;">(※ 自署又は記名押印)</div>												

- 記入上のご注意
- 1 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入ください。
 - 2 ※印欄は自・他覚症状欄又は人体図等空欄を利用し図示又は説明してください。
 - 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付してください。

認定番号 —

治ゆ（症状固定）報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所属団体部局

被災職員氏名

下記の傷病については治ゆ（症状固定）しましたので報告します。

災 害 発 生 年 月 日	年 月 日
認 定 傷 病 名	
治 ゆ （ 症 状 固 定 ） 年 月 日 (※通常最終通院日と同じ日になります。)	年 月 日
最 終 通 院 日	年 月 日
最後に診療を受けた医療機関名	
障害がある場合の障害の程度	
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所属部局の長の職氏名	

(注意)

- 1 この報告書は、主治医の診断に基づいて、認定傷病が全て治ゆ（症状固定）したときに所属機関を経由して支部長宛てに速やかに提出してください。
- 2 「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態を含みます。
- 3 「障害がある場合の障害の程度」の欄は、傷病が治ゆ（症状固定）したときに、地方公務員災害補償法別表に定める程度の障害があると主治医に診断された場合のみ記入してください。

療養の現状等に関する報告書		認 番	定 号
<p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p>療養の現状等について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所</p> <p>ふりがな 氏 名</p> <p>所属団体名・所属部局名</p>			
1 負傷又は発病の年月日	年 月 日		
2 療 養 開 始 の 年 月 日	年 月 日		
3 傷 病 名			
4 療 養 の 経 過			
5 日 常 生 活 の 概 要			

〔注意事項〕

・ 報告者は、＊印の欄には記入しないこと。

* 6 医 師 の 証 明	
(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)	
(2) 傷病の経過及び治療方法の概要	
(3) 傷病の現状	
(4) 傷病の今後の見込み	
(報告者の氏名) <p style="text-align: center;"> については、上記のとおりであると認めます。 </p> <p style="text-align: right;"> 年 月 日 </p> <p> 医療機関の { 所在地 名 称 医師の氏名 } </p> <p style="text-align: center;">(※ 自署又は記名押印)</p>	

様式第39号

障害の現状報告書（傷病補償年金）

		認定 番号			
<p><u>地方公務員災害補償基金広島県支部長</u> 様</p> <p>障害の現状について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 _____</p> <p>フリガナ _____</p> <p>氏 名 _____</p>					
1 年金証書の番号		第 号			
2 傷病補償年金の 支給開始年月		年 月			
3 傷 病 等 級		第 級 第 号			
4 障害の状況					
5 日常生活の概要					
6 他法年金の受給関係					
年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月	所轄年金 事務所等	
			* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)		

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 3 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 5 「年金の種類」の欄には、受給権者が傷病補償年金と同一の事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。

＊ 7 医 師 の 証 明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入して下さい。

（日常生活の状態）

① 行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>
② 食 事	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>
③ 用 便	<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>
④ 精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>
⑤ 言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じあうことができる <input type="checkbox"/> 支障がない	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; width: 100px; margin: 0 auto;"></div>

(4) 傷病及び障害の今後の見込み

（報告者の氏名）

-----については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
医師の氏名

（※ 自署又は記名押印）

様式第40号

障害の現状報告書（障害補償年金）

		認定 番号		
地方公務員災害補償基金広島県支部長__様 障害の現状について下記のとおり報告します。 年 月 日 報告者の住所_____				
フリガナ 氏 名_____				
1 年金証書の番号		第 号		
2 治 ゆ 年 月 日		年 月		
3 障 害 等 級		第 級 第 号		
4 障害の状況				
5 日常生活の概要				
6 他法年金の受給関係				
年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月	所轄年金 事務所等
			* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)	

〔注意事項〕

- この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「4 障害の状況」の欄には、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の欄には、最近1年間について記入すること。また、この間に、所属団体を退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。
- 「年金の種類」の欄には、受給権者が障害補償年金と同一の事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。
- 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

遺族の現状報告書

				認定 番号	
<p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p>遺族の現状について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者(代表者)の 第 号 年金証書の番号</p> <p>報告者の住所 _____</p> <p>ふりがな _____ 氏 名 _____</p>					
1	死亡職員の 氏 名	(死亡年月日 年 月 日)			
2	受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族				
	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員 との続柄	障害の有無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
					有・無
3	他法年金の受給関係				
	年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月	所轄年金 事務所等
<p>* <input type="checkbox"/>支給 <input type="checkbox"/>支給停止</p> <p><input type="checkbox"/>免責 <input type="checkbox"/>特例遺族 <input type="checkbox"/>遺族補償 年金前払一時金 <input type="checkbox"/>所在不明</p>					

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が記入すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 2 報告者は、＊印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 3 「障害の有無」の欄には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 「年金の種類」の欄には、受給権者が遺族補償年金と同一の事由により受給する令附則第3条第1項の表の中欄に掲げる年金たる給付の名称を記入すること。
- 5 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、(2)の書類については、基金が住民基本台帳ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。
 - (1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
 - (2) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類
 - (3) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書

奨学援護金の支給に係る現状報告書

		認定番号		
地方公務員災害補償基金広島県支部長...様				
下記のとおり奨学援護金の支給に係る現状を報告します。 年 月 日 報告者の住所..... 氏 名.....				
1 報告者の受けている年金たる補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金			2 年金証書の番号 第 号	
3 在学者等に関する事項	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
	住 所			
	報告者との続柄			
	学 校 等 の 名 称			
	学 校 等 の 所 在 地			
	入 学 等 年 月	年 月	年 月	年 月
	学 年	第 学年	第 学年	第 学年
	卒業等予定年月	年 月	年 月	年 月
	報告者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	支給事由消滅年月	年 月	年 月	年 月
	支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学 <input type="checkbox"/> その他 内容
4 特記事項				
5 添付書類		<input type="checkbox"/> 在学証明書等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。） <input type="checkbox"/> 専修学校の在学者にあっては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学校の在学者にあっては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあっては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が在学証明書等と兼ねることができる場合は、この限りでない。） <input type="checkbox"/> 報告者と在学者等が生計を同じくしていることを認めることのできる書類		

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「4 特記事項」の項には、在学者等に関し、最近1年間において、停学、休学、留年等特記すべき事項がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。また、(3)の書類については、基金が住民基本台帳ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。
 - (1) 在学者等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）の在学又は在校を証明する書類
 - (2) 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学校の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が（1）に掲げる書類と兼ねることができる場合は、この限りでない。）
 - (3) 報告者と在学者等が生計を同じくしていることを認めることのできる書類

就労保育援護金の支給に係る現状報告書

		認定番号			
地方公務員災害補償基金広島県支部長...様					
下記のとおり就労保育援護金の支給に係る現状を報告します。 年 月 日 報告者の住所..... 氏 名.....					
1 報告者の受けている年金たる補償の種類 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金				2 年金証書の番号 第 号	
3 就労に関する事項	氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	
	住 所		報告者との続柄		
	就労している会社等の名称・所在地				
4 保育児に関する事項	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	年 月 日生 (歳)	
	住 所				
	報告者との続柄				
	保育所等の名称				
	保育所等の所在地				
	小学校入学予定年月	年 月	年 月	年 月	
	報告者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	就労している者との生計同一関係の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	支給事由消滅年月	年 月	年 月	年 月	
支給事由が消滅した理由	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 内容	<input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等 <input type="checkbox"/> 不就労 <input type="checkbox"/> その他 内容		
5 特 記 事 項					
6 添 付 書 類		<input type="checkbox"/> 就労していることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 保育所等に預け、又は預けられていることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 生計を同じくしていることを認めることのできる書類			

〔注意事項〕裏面参照。

〔注意事項〕

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「5 特記事項」の項には、就労している者に関し、最近1年間において、転職等特記すべき事項がある場合に記入すること。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、年金たる補償の受給権者の定期報告に添付する書類と重複するものについては、添付する必要はないこと。また、(3)の書類については、基金が住民基本台帳ネットワークシステムを利用することによりその事実を確認できるときは添付する必要はないこと。
 - (1) 就労していることを証明する書類
 - (2) 未就学の子を保育所等に預け、又は未就学の子が保育所等に預けられていることを証明する書類
 - (3) 規程第29条の2第1項各号に掲げる場合に応じ、次に掲げる者が生計を同じくしていることを認めることのできる書類
 - ア 遺族補償年金の受給権者である未就学の児童と就労している者（規程第29条の2第1項第1号）
 - イ 遺族補償年金の受給権者と未就学の子（同項第2号）
 - ウ 障害補償年金の受給権者と未就学の子（同項第3号）
 - エ 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者と未就学の子及び就労している者（同項第4号）

第三者加害報告書

(公務災害・通勤災害)
(交通事故・交通事故以外)

地方公務員災害補償基金 広島県支部長 様

年 月 日

地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定により届け出ます。

請 求 者 住 所

氏 名

1 被災職員について記載してください。

所属	氏名	生年月日	年	月	日生
----	----	------	---	---	----

2 災害発生状況について記載してください。

日 時	年 月 日	午前・午後	時 分	ごろ
場 所				
災害発生状況（被災職員・加害者の行動、災害発生の原因と周囲の状況をできるだけ詳しく記入してください。 なお、現場見取図を添付してください。）				
(概要)				
災害を目撃した人がある場合には記載してください。				
目撃者の氏名		住所		
目撃時の状況				

3 第三者（加害者）（加害者不明の場合にはその旨を記入してください。交通事故の場合は運転者。）について記載してください。

氏名	(歳)
住所	電話
職業（勤務先）	電話

4 第三者（加害者が業務中であった場合は所属する事業所、未成年者の場合は親権者、精神病患者の場合は監督義務者を記載してください。）又は運行供用者について記載してください。

名称又は氏名	電話
住所	
事業の内容又は職業	
代表者（役職）	(氏名)

5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記載してください。		
警察署	係（交番）	
6 交通事故の場合、加害車両の自動車損害賠償責任保険（共済）について記載してください。		
加害車両（車種）	（登録番号）	
自賠責保険証明書番号		
保険契約者（氏名）	（住所）	
第三者（加害者）と保険契約者との関係……事業主・親族（ ）・友人・知人・その他（ ）		
保険契約期間……自 年 月 日 至 年 月 日		
保険会社名 担当者名	電話	
保険会社住所		
7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記載してください。		
自動車保険証券番号	対人賠償限度額	無制限・制限有（ 万円）
保険契約者（氏名）		
第三者（加害者）と保険契約者との関係……事業主・親族（ ）・友人・知人・その他（ ）		
保険契約期間……自 年 月 日 至 年 月 日		
保険会社名 担当者名	電話	
保険会社住所		
8 保険金の請求等について記載してください。		
保険金（損害賠償額）請求の有無……有・無		
有の場合の請求方法……イ 自賠責保険（共済） 単独 ロ 自賠責保険（共済）と任意保険との一括払		
保険金（損害賠償額）の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日 氏名 金額 円 受領年月日 年 月 日		
保険契約者（氏名）		
保険会社名 担当者名	電話	
保険会社住所		
9 あなた（被災職員）の人身傷害補償保険について記載してください。		
人身傷害補償保険に……加入している・加入していない		
自動車保険証券番号		
人身傷害補償保険金の請求の有無 無・有		
人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日 円 年 月 日		
保険契約者（氏名）		
保険会社名 担当者名	電話	
保険会社住所		

10 身体損傷について記載してください。							
区 分		被 災 職 員		第 三 者 (加 害 者)			
部位・傷病名							
程 度							
診 療 機 関 名							
診療機関住所							
11 損害賠償の受領額について記載してください。							
現在までに事故に関して基金以外の者から金品を……受領した・受領の予定・受領していない							
上の質問で、受領したあるいは受領の予定と答えた場合には、いつ、だれから、何を、いくらもらったかを記入してください。（基金の補償額の算定に重要です。また、故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがありますので注意してください。）							
受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目	受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目
12 第三者との話し合いの状況について記載してください。							
現在相手方（加害者）と……示談する段階ではない・示談中・示談をする予定・示談が成立した・示談はしない その他（ ）							
上記の状況等を記載してください。							

13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記載してください。							
被災職員（ ）% 第三者（加害者）（ ）%							
その理由							

14 治療に係る地方公務員災害補償基金（基金）への補償請求の有無について記載してください。							
治療費を基金へ請求しますか。（イ～ハを選択してください。） ……イ 基金へ請求しない（全額第三者へ請求する。） ロ 一応基金へ請求しない（第三者が支払った残りを請求する。） ハ 基金へ請求する							
上記請求方法を選択した理由を具体的に記載してください。							

所属長の証明欄							
上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 属 職・氏名							

- 1 （公務災害・通勤災害）のいずれか及び（交通事故・交通事故以外）のいずれか該当するものに○をしてください。
- 2 第三者（加害者）と示談（和解）を行う場合は、その内容等について、あらかじめ地方公務員災害補償基金広島県支部に必ず相談してください。示談内容によっては補償の額に重大な影響がありますので御注意願います。

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号		第 号		当 事 者	甲 (加害運転者)	氏 名 (電話)	
自動車の番号					乙 (被 害 者)	氏 名 (電話)	
天 候	晴・曇・雨・雪・霧		交 通 状 況	混雑・普通・閑散		明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道 路 状 況		<div> <div> 舗 装 <div> <div>してある</div> <div>歩道（両・片）</div> <div>直線・カーブ</div> <div>平坦・坂</div> </div> <div> <div>していない</div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> 見通し <div> <div>良 い</div> <div>積 雪・凍 結</div> </div> <div> <div>悪 い</div> <div></div> </div> </div> </div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div> </div> </div> </div> <div> <div> <div> <div>あ る</div> <div>な い</div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>駐停車禁止</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> </div> <div> <div> <div>されている</div> <div>な い</div> </div> <div> <div>な い</div> <div>されている</div> </div></div></div></div>					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

年 月 日

報告者 甲との関係 ()

乙との関係 ()

念 書（兼 同 意 書）

災害発生年月日	年 月 日	災害発生場所		
被災職員氏名			相手方氏名	

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、同法第59条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の基金への請求、補償決定及び補償（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（補償額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

地方公務員災害補償基金
広島県支部長 様

住 所 _____

氏 名 _____

（※ 自署又は記名押印）

補償先行申出書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 _____

(被災職員等) 住 所 _____

氏 名 _____

下記の災害に関しては、加害者等が損害賠償を行うべきものですが、次の理由により加害者等の損害賠償に先行して地方公務員災害補償法による補償を実施して下さるよう申し出ます。

災 害 発 生 日	年 月 日	被災職員氏名	
災害発生場所		加害者等氏名	

補償先行の理由	<input type="checkbox"/> 加害者等に賠償能力がないため <input type="checkbox"/> 加害者等が特定できない、又は所在不明であるため <input type="checkbox"/> 同僚職員の職務行為によって当該災害が発生したため <input type="checkbox"/> 被災職員に過失があり、かつ、治療費が自賠責の範囲を超えるため（自動車事故の場合） <input type="checkbox"/> その他〔 _____ 〕		
	上記理由に係る詳細な事情 _____ _____ _____		

参考事項	自賠責保険、任意保険からの給付の状況（自動車事故の場合）	
	これまでの治療費の負担者及びその負担した金額	
	その他参考事項	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所属長 職氏名 _____

- 1 該当する□に✓印を記入すること。
- 2 添付書類：「確約書」「交渉経過報告書」「損害賠償義務者に関する調書」を添付すること。

確 約 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

(確約者) 住所

氏名

(当事者(乙)との関係)
(※自署又は記名押印)

私は、下記事故により甲(及び甲の遺族)に生じた損害につき賠償の義務あることを認め、当該事故により貴基金が地方公務員災害補償法に基づき甲(あるいは甲の遺族)に対して補償を行った場合には、同法第59条に基づき貴基金の取得した損害賠償請求権の価額の限度において、貴基金からの請求により支払うことを確約します。

記

当事者	甲	住所		
		氏名		
	乙	住所		
		氏名		
事故発生日時				
事故発生場所				
事故発生の状況				

確 約 書 不 提 出 の 理 由 書

被災職員	氏名		所属	
加 害 者	氏名	(歳)	職 業 (勤務先)	
	住所	電話 () -		
そ の 他 の 賠 償 義 務 者	氏名	(歳)	職 業 (勤務先)	
	住所	電話 () -		
	加害者との関係		親権者 ・ 使用者 ・ 車両保有者 ・ その他 ()	
	氏名	(歳)	職 業 (勤務先)	
	住所	電話 () -		
	加害者との関係		親権者 ・ 使用者 ・ 車両保有者 ・ その他 ()	
【上記の者のいずれからも確約書を取れない理由】				
<p>上記のとおり確約書を入手できませんので、「交渉経過報告書」を添えて申し立てます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p style="text-align: right;">被災職員等.....</p>				
<p>以上の記載内容は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所属長職・氏名.....</p>				

(注) 添付書類： 「交渉経過報告書」を添付すること。

交渉経過報告書

当事者	被災職員	氏 名		所 属		
	加 害 者	氏 名		職 業 (勤務先)		
		住 所	電話 () -			
事故 (災害) 発生日時			年 月 日 () 時 分ごろ			
加 害 者 等 と の 交 渉 経 過	年 月 日	交渉の相手方	交 渉 内 容			交渉した者 (職員側)
<p>上記のとおり、交渉の経過について報告します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p style="text-align: center;">被災職員等.....</p> <p style="text-align: center;">所属長職・氏名.....</p>						

損害賠償義務者に関する調書

被災職員		氏名			所属		
加害者	氏名	(歳)			職業(勤務先)		
	住所	電話 () -					
	責任能力の有無		有 ・ 無→(無の場合の理由:)				
	応償能力	収入状況	年収 約 万円		収入の種類: 給与 ・ 年金 ・ その他 ()		
		処分可能な資産の状況					
その他の賠償義務者①	氏名	(歳)			職業(勤務先)		
	住所	電話 () -					
	加害者との関係		親権者 ・ 使用者 ・ 車両所有者 ・ その他 ()				
	応償能力	収入状況	年収 約 万円		収入の種類: 給与 ・ 年金 ・ その他 ()		
		処分可能な資産の状況					
その他の賠償義務者②	氏名	(歳)			職業(勤務先)		
	住所	電話 () -					
	加害者との関係		親権者 ・ 使用者 ・ 車両所有者 ・ その他 ()				
	応償能力	収入状況	年収 約 万円		収入の種類: 給与 ・ 年金 ・ その他 ()		
		処分可能な資産の状況					
上記のとおり報告します。							
年 月 日							
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様							
被災職員等.....							
所属長職・氏名.....							

損害賠償の受領報告書

		認定番号	—
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> (賠償金受領者) 氏 名.....			
次のとおり損害賠償を受領（示談を締結）したので報告します。			
被災職員氏名		所 属	
災害発生年月日	年 月 日	加害者氏名	
治療等の状況	1 治ゆ（ 年 月 日） 2 死亡（ 年 月 日） 3 治療継続中		
後遺障害の有無	1 後遺障害なし 2 後遺障害あり（障害等級 第 級 第 号該当）		
受領した損害賠償	区 分	金 額	備 考
	治 療 費	円	←第三者（保険会社）から直接医療機関に支払われた金額も含めること 〈特記事項〉
	通 院 交 通 費	円	
	休 業 損 害	円	
	後遺障害の逸失利益	円	
	死 亡 の 逸 失 利 益	円	
	葬 祭 費 用	円	
	慰 謝 料	円	
	物 件 損 害	円	
	その他（ ）	円	
総 額	円		
受領年月日	年 月 日（ 年 月 日示談締結）		
賠償者(氏名・名称)			
受領の区分	1 第三者（加害者）本人からの支払い 2 第三者（加害者）の任意保険からの支払い 3 自賠責（強制）保険への被害者請求による支払い 4 その他		

(注) 添付書類：1 「示談書」又は「免責証書」の写し
 2 損害賠償受領額の内訳書（明細書、計算書等）の写し

第三者加害行為現状（結果）報告書

認定番号
年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所属団体・部局名
(電話)
被災職員氏名

年 月 日付で認定を受けた公務(通勤)災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。
記

1	認 定 番 号		
2	災 害 発 生 年 月 日	年 月 日	
3	治 ゆ 年 月 日	未治ゆ(治ゆ見込 年 月ころ)・治ゆ(年 月 日)	
4	後 遺 障 害 (見 込) の 有 無	有 ・ 無	
5	加 害 者 の 住 所 ・ 氏 名 生 年 月 日 同 僚 か 否 か	(年 月 日生) 同僚(所属・職)・同僚以外	
6 示談交渉の状況(※未締結の場合は必ずその理由、概要を記入すること)			
示 談 締 結		成 立 年 月 日	年 月 日
		示 談 内 容	別 添 示 談 書 の と お り
未締結理由(いずれかに○をする) (1) 加害者と交渉中 (経過を右欄に) (2) 交 渉 不 能 (経過を右欄に) (3) そ の 他 未解決となっ ている理由、今後 の予定等を右欄 に			

7 治療費の支払状況		・所要領 _____ 円 ・負担者内訳（概要項目を○で囲むこと） (1) 自分で負担 _____ 円 (2) 加害者で負担 _____ 円 (3) 自賠責で負担 _____ 円 (4) 任意保険で負担 _____ 円 (5) 基金で負担 _____ 円 (6) 共済組合で負担 _____ 円 (7) () で負担 _____ 円					
8 損害賠償の状況							
項 目	金 額	受領の状況			賠償者区分		
		済	請求中	未請求	加害者本人	自賠責	その他(具体的に)
(1)治療費							
(2)休業補償費							
(3)障害補償費							
(4)介護補償費							
(5)遺族補償費							
(6)葬祭補償費							
(7)慰謝料							
(8)物損							
(9)その他							
計							
内損害賠償請求額		受領年月日			年 月 日		

〔注意事項〕

- 提出時期
災害発生日から 6 か月経過して示談が成立しない場合は 6 か月経過するごとに提出すること。
- 提出方法
所属を経由して提出すること。

平均給与額算定書

2号紙

被災職員の氏名 及び生年月日	年 月 日生	補償の種類	
-------------------	--------	-------	--

1 平均給与額算定内訳						
災害発生の日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与 (通勤手当については、地方公務員災害補償法施行規則第3条第5項に規定する各月ごとの合計額)						
給与期間	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	計	備考	
総日数	日	日	日	日		
勤務した日数	日	日	日	日		
控除日数	日	日	日	日		
給	給料	円	円	円		円
	扶養手当	円	円	円		円
	地域手当	円	円	円		円
	住居手当	円	円	円		円
	通勤手当	円	円	円		円
	時間外勤務手当	円	円	円		円
	宿日直手当	円	円	円		円
与		円	円	円		円
		円	円	円		円
		円	円	円		円
		円	円	円		円
	計	円	円	円	円	
(A) 法第2条第4項本文による金額			寒冷地手当 〔災害発生の日の属する月の前月の末日以前における 直近の寒冷地手当の支給日に支給された寒冷地手当 の額〕			
(給与総額) (総日数) 円 ÷ = 円 銭 (イ)			円 × 5 ÷ 365 = 円 銭 (ロ)			
(イ) + (ロ) = 円 銭						
(B) 法第2条第4項ただし書による金額						
日、時間又は出来高払制によ 〔って定められた給与の総額〕 (勤務した日数)						
円 ÷ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (ハ)						
(その他の給与の総額) (総日数) 円 ÷ = 円 銭 (ニ)						
(ロ) + (ハ) + (ニ) = 円 銭						
(C) 法第2条第6項による金額 (同条第4項本文計算)						
(寒冷地手当の額) (控除日の属する月の給与の月額) (その月の総日数) (控除日数) (減額された給与の額)						
〔 $\frac{\times 5}{365}$ + ÷ 〕 × - = 円 銭 (ホ)						
(控除日の勤務に対して支払われた時間外勤務手当等の合計額) 円 銭 (ヘ)						
(ホ) + (ヘ) = 円 銭 (ト)						
(寒冷地手当の額) (総日数) (給与総額) (ト)						
〔 $\frac{\times 5}{365}$ × 〕 + - 円 銭						
= 円 銭						
(総日数) (控除日数) 日 - 日						
(C') 法第2条第6項による金額 (同条第4項ただし書計算)						
日、時間又は出来高払制によって定められた給 〔与の総額 (控除日に支払われたものを除く)〕 (勤務した日数、 〔控除日を除く〕)						
円 ÷ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (チ)						
(寒冷地手当の額) (総日数) (その他の給与の総額) (ホ)						
〔 $\frac{\times 5}{365}$ × 〕 + - 円 銭						
= 円 銭 (リ)						
(総日数) (控除日数) 日 - 日						
(チ) + (リ) = 円 銭						

〔注意事項〕別紙参照

(D) 規則第3条第1項による金額 (給与総額) (総日数)		
円 ÷ = 円 銭		
①災害発生の日 (年 月 日) における 基本的給与の月額	②補償事由発生日※ (年 月 日) における 基本的給与の月額	
職給料表 級 号給	職給料表 級 号給	
給 養 料 円	給 養 料 円	
扶 養 手 当 円	扶 養 手 当 円	
地 域 手 当 円	地 域 手 当 円	
特勤勤務手当又はへき地勤務手当 円	特勤勤務手当又はへき地勤務手当 円	
計 円	計 円	
(E) 規則第3条第2項による金額 (基本的給与の月額①)		
円 ÷ 30 = 円 銭		
(F) 規則第3条第3項による金額 (基本的給与の月額②)		
円 ÷ 30 = 円 銭		
(G) 規則第3条第4項による金額		
災害発生の日を補償事由発生日とみなして (F) の例により計算した額 (基本的給与の月額①)		
円 ÷ 30 = 円 銭 (ヌ)		
(ヌ) 及び (A) (B) (C) (C´) (D) (E) のうち最も高い金額		
円 銭 (ル)		
(ル) (総務大臣が定める率)		
円 銭 × = 円 銭		
規則第3条第6項による金額	(H) 離職後に補償を行うべき事由が生じた場合の金額 補償事由発生日を採用の日とみなして (E) の例により計算した額 (基本的給与の月額②)	
	円 ÷ 30 = 円 銭	
	(I) 離職後に補償を行うべき事由が生じ、かつ、補償事由発生日が災害発生の日の属する年度の翌々年度以降に属する場合の金額	
	災害発生の日を補償事由発生日とみなして (F) の例により計算した額 (基本的給与の月額①)	
	円 ÷ 30 = 円 銭 (ワ)	
	(ワ) 及び (A) (B) (C) (C´) (D) (E) のうち最も高い金額	
円 銭 (ワ)		
(ワ) (総務大臣が定める率)		
円 銭 × = 円 銭		
(J) (H) (I) 以外の金額	円 銭	
(K) 規則第3条第7項による金額		
円		
(L) 法第2条第11項又は第13項による金額 法第2条第11項又は第13項の基準日における年齢		
最 高 限 度 額 円	最 低 限 度 額 円	昭和 61 年改正法附則第5条の規定による経過措置の適用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2 平均給与額		
円 () による金額		
* 平均給与額の算定内訳は上記のとおりであることを証明します。		
年 月 日		
所 在 地		
所属部局の 名 称		
長の職・氏名		

同 意 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

住 所

氏 名

被災職員との続柄

(※ 自署又は記名押印)

私が、 年 月 日付けで行った次の公務（通勤）災害の認定請求に関して、地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）が公務（通勤）災害の認定又は補償等の実施等を行うに当たり、基金及び基金から依頼を受けた被災職員の任命権者が、地方公務員災害補償法第 60 条第 1 項の規定に基づき、関係機関等から、被災職員に関する下記の個人情報の提供を受けることについて同意いたします。

記

- 1 被災職員 住 所
氏 名
生年月日
所属（被災時）

2 個人情報

- (1) 診療録、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI 画像等を含む。）及び主治医等の意見
- (2) 共済組合、健康保険組合等が保有する診療・調剤報酬明細書（レセプト）
- (3) その他認定及び補償等の実施等に必要な事項（災害発生状況に係る資料等）

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。