

# 第8章 記入例

様式第1号

## 公務災害認定請求書

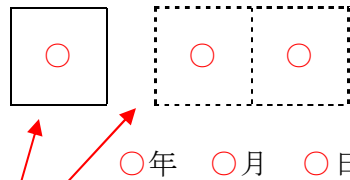
請求書を所属長に提出する日

		*認定番号	
請求年月日 ○○年 ○○月 ○○日			
地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿 被災職員本人 (死亡事案の場合は遺族) 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 ○○○市○○町○○番地 ----- ふりがな とちぎ たろう 氏 名 栃木太郎 ----- 被災職員との続柄 本人 -----	
所属団体名 地方公共団体名 (任命権者ごと) 市町村職員、公立学校等		所属部局・課・係名 (電話 ) 部局、事業所名、学校名、警察署名等	
1 被災職員に 関する 事項	共済組合加入名 共済組合員証 健康保険組合員証記号番号 ○○第 ○○○○号		災害発生時の年齢
	氏名 ふりがな とちぎ たろう 氏 名 栃木太郎 昭和○○年 ○月 ○○日生 (○○歳)		
	職名 課長、係長、主事、労務主事、消防指令、巡査等の職名を記入 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤		
	災害発生の日時 ○○年○○月○○日 (○曜日) 午前○○時○○分ごろ 後		
	災害発生の場所 負傷した場所又は疾病が発症した場所 (勤務場所以外の場合は番地まで記入してください。)		
	傷病名 診断書から (災害による) 全ての傷病名を転記		
	傷病の部位及びその程度 負傷の部位 約○か月の通院加療等を記入してください。		
	いずれかにチェック 組合員証の使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	有のとき 使用期間 月から 月まで 使用先		

*受理	年 月 日	*認定	年 月 日
*通知	年 月 日		<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

〔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□にレ印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、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 「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、本欄には「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。
- 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は、地方公務員災害補償基金に相談すること

	次の要領でなるべく詳細に記入してください。
2 災 害 発 生 の 状 況 等	① 誰が 通常「私は」で始まります。
	② 何のために ○○の作業をするため
	③ いつ ○月○日午前（後）○時○○分頃
	④ どこで } ○○市○○町○○番地市道路上で ○○市役所○階会議室入口付近で等
	⑤ 誰と 同僚（上司）の○○さんと
	⑥ 何をしているとき ○○を○○していたところ  (具体的に)
	⑦ どうして 誤って自分から○○して
	⑧ どうなったので 転倒し○○を強く打ち痛かったので
	⑨ どうしたのか 同僚の○○さんに付き添ってもらい、市内の○○  整形外科病院に行きました。
*3 所長 属の 部証 局明 の	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。  ○年 ○月 ○日 { 所在地 ○○市○○町○○番地 所属部局の { 名 称 ○○市○○部○○課 長の職・氏名 部長、課長、所長、校長等
4	該当する□にチェック 添付する資料名 <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 出勤簿 の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他
*5 任命 権者 の 意 見	 ○年 ○月 ○日 任命権者の職・氏名 市長、町長、消防長、教育委員会等 本事案は { 自己の職務遂行中 } の負傷であるので 出張中 公務上の災害と考えられる。 下記及び65・66ページの職種区分一覧を見て数字を記入してください。

- 5 「\*5 任命権者の意見」の欄中 □には、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」の欄中 □には、下記の16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 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師  
08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校教員以外の教員  
12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。

## 自己の職務遂行中の負傷

(記載例)

2 災害発生 の状況	私は、自己の職務である給食調理の準備のため、11月23日午前10時50分頃、校内の給食調理室の調理台に向って、同僚の下野さんと並んで、当日の献立であるすまし汁に入れるハウレンソウを、右手に包丁を持ち、左手でハウレンソウをおさえながら、包丁で刻んでいたところ、誤ってハウレンソウの根に近い部分に包丁が当たって滑り、左手人指し指の先のあたりを切ってしまいました。
	直ちに、同僚の下野さんに付き添ってもらい、校内の保健室で応急手当を受けたあと、校長先生に報告し、その指示により、近くの塙田外科医院に行き、治療を受けましたが、思いのほか傷が深く、入院が必要ということになり、医師の指示により、11月24日から栃木大学病院に転医し、入院して治療を受けています。

*5 任命権者の 意見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">0 9</div> <p>本事案は、自己の職務遂行中の負傷であるので 公務上の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 ○○市教育委員会</p>

## 出張中の負傷

(記載例)

2 災害発生 の状況	私は、上司の命を受け、同僚の下野さんの運転する公用車（栃53と1234）の助手席に乗り、市道123号線改良工事の中間検査のため、市内塙田町に出張しました。
	午後検査を終了し、公用車で帰庁する途中、1月18日午後4時20分頃、国道4号線の北町交差点で、赤信号のため停止し、信号待ちをしていたところ、後続のライトバン（宇都宮会社所有東山一郎運転）に突然追突されてしまい、その衝撃で、公用車のフロントガラスにひたいを強くぶつけてしまいました。
	直ちに、同僚の下野さんが警察と職場に連絡し警察の現場検証を受けましたが、私は救急車で市内の栃木市民病院に運ばれ治療を受けました。

*5 任命権者の 意見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 6</div> <p>本事案は、出張中の負傷であるので、公務上の災害 と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 ○○市長 ○ ○ ○ ○</p>

特別の事情の下にある場合の出・退勤途上の負傷

(記載例)

2 災 害 発 生 の 状 況	私は、前日の午前8時30分から当日の午前8時30分までの24時間勤務を終え、午前8時35
	分にバイクで消防署を出て、通常の通勤経路を通過して退勤する途中、午前8時50分頃、市道
	20号線の東町附近の信号機のない交差点を直進しようとしたところ、左側の狭い道路から一
	時停止をしないで飛びだしてきた大型トラックの側面に衝突してしまいました。
	その際、転倒し、頭を道路にぶつけ一時気を失ってしまいましたが、近所の人の通報でか
	けつけた救急車で、市内の栃木大学病院に運ばれ、そのまま入院しました。
	なお、退勤する途中、通勤経路からの逸脱、中断はありませんでした。

*5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 4</div> <p>本事案は、特別の事情の下にある場合の退勤途上の負傷であるので、 公務上の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 ○○市消防長 ○ ○ ○ ○</p>

訓練中の負傷

(記載例)

2 災 害 発 生 の 状 況	私は、6月24日午後1時から、栃木県武道館において開催された任命権者主催の柔道・剣
	道大会に○○警察署の代表選手として、柔道の部個人戦に出場し2回戦で機動隊の山下選手
	と対戦しました。
	試合開始後約2分経過したところ山下選手に背負い投げを掛けられたので、投げられまい
	として後方に全体重を移したところバランスを崩し、山下選手ともつれるように後方に倒れ
	てしまいました。
	その時、右足首を外側にひねってしまいました。痛みも激しくすぐに立ち上がることがで
	きななかったので、試合を放棄し、かたわらで休んでいましたが、あまりにも痛みがひどかつ
	たため、午後2時頃同僚の下野巡査に車で近くの宇都宮整骨院に送ってもらい、そこで応急
	処置を受けました。
	翌日、市内の栃木市民病院に行き、診察を受けたところ「右足関節骨折」と診断され、そ
	のまま入院しました。

*5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 3</div> <p>本事案は、訓練中の負傷であるので公務上 の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 栃木県警察本部長 ○ ○ ○ ○</p>

## レクリエーション参加中の負傷

(記載例)

2 災害 発生 の 状況	私は、8月27日午後2時30分頃、市立体育館において、地方公務員法第42条に基づき企画・立案・実施された県及び地方職員共済組合主催の平成3年度所属対抗バレーボール大会において、対人事課戦に選手として参加していたところ、相手方の打ったサーブを受けようとして、左足で地面を強くけって前に出ようとした時、左足首の裏側に急激な痛みを感じ、その場に転倒して起き上がれなくなりました。
	同僚の助けを借りて、直ちに近くの栃木整形外科に連れて行ってもらい、受診したところ、左アキレス腱断裂で全治1ヵ月との診断を受けました。

* 5 任命 権者 の 意見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 6</div> <p>本事案は、地公法第42条の規定に基づき、任命権者と地方職員共済組合が共同で企画・立案・実施したレクリエーションに参加中の負傷であるので、公務上の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 栃木県知事 ○ ○ ○ ○</p>

## 腰痛症

(記載例)

2 災害 発生 の 状況	本校では、校舎新築に伴う移転作業を前日の3月30日から始めていました。被災当日私は、音楽担当の鈴木教諭を手伝って音楽機材を2階の音楽室から新築校舎へ搬送する作業を行っていました。あいにく、音楽室から間近の階段先の出入口が工事のため閉鎖されていたので、非常階段（幅1m、15段）を使用して作業を行っていました。何度か上下したのち一人でシンセサイザーアンプ（40cm×59cm×29cm 重量30kg）を両脇からかかえ、お腹で支える形で階段を6段下りた時、足元が見えないために右足がステップの先へ滑ってしまい、バランスを取ろうとして狭い階段で無理やり腰をひねった瞬間に腰背部に激痛が走り、壁にもたれるようにしてその場に座り込んでしまいました。
	その後、鈴木教諭の助けを借りて、直ちに近くの下野整形外科で受診した結果、腰部捻挫と診断されそのまま入院しました。
	なお、私の身長は172cm、体重60kgで、今まで腰痛関係の既往歴はありませんでした。

* 5 任命 権者 の 意見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 2</div> <p>本件は、通常の動作とは異なる動作による腰部に対する急激な力の作用により、災害性の腰痛症を発症させたものであるので、公務上の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 栃木県教育委員会</p>

2 災 害 発 生 の 状 況	私の夫は、昭和62年4月1日に税務課に異動し、本年1月から、国民健康保険税の年末調定事務を担当していましたが、その時期、納税相談の準備業務が重なり、ここ数週間非常に多忙でした。
	税務関係の業務は、はじめてでありまた、同僚の1人が長期入院をしてしまい、業務量も増加していたようです。
	災害発生前の3週間は、休日もほとんど出勤し、また帰宅も午前0時を過ぎることが連日続いておりました。
	納税相談の始まった2月23日からは朝から多数の納税者が詰めかけて、昼食も満足にとれず納税者とのやりとりも緊迫したものが多くとぐったりしていました。24日も同様の状況で、帰宅も0時をまわっていました。25日は、同僚の方のお話しでは、納税相談に当たっていた午後3時40分頃、頭痛を訴え、まもなく昏睡状態となり救急車で下野大学病院に運ばれましたが、26日午前1時に、脳出血のため死亡しました。なお、夫は、ふだんから血圧は高くありませんでした。

*5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">1 6</div> <p>本事案は、公務による過重負荷を受けたことにより公務と相当因果関係をもって発症したことが明らかな疾病による死亡であるので、公務上の災害と考えられる。</p> <p>○ 年 ○ 月 ○○日</p> <p>任命権者の職・氏名 ○○市長 ○ ○ ○ ○</p>
---------------------------------------	---

# 通勤災害認定請求書

\*認定  
番号

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿 <b>被災職員本人</b> (死亡事案の場合は遺族) 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 (〒 — ) 請求者の住所 ○○○市○○町○○番地 ----- ふりがな とちぎたろう 氏 名 栃木太郎 ----- 被災職員との続柄 本人
1 所属団体名 地方公共団体名 (任命権者ごと) 市町村職員、公立学校等	所属部局・課・係名 (電話 ) 部局、事業所名、学校名、警察署名等	
被 災 職 員 関 する 事 項 1 共済組合加入名 共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 ○○第 ○○○○ 号 氏 名 栃木太郎 昭和○○年 ○ 月 ○○日 生 (○○ 歳) 職 名 課長、係長、主事、労務主事、消防指令、巡査等の職名を記入 災害発生の日時 ○○年○○月○○日 (○曜日) 午 前 時○○分ごろ 災害発生の場所 負傷した場所 (番地まで記入してください) 傷 病 名 診断書から (災害による) 全ての傷病名を転記してください 傷病の部位及びその程度 負傷の部位 約○か月の通院加療等を記入してください。 いずれかにチェック 組合員証の使用の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有のとき 使用期間 ○○年 ○○月から ○○月まで 使用先 ○○医院		災害発生時の年齢

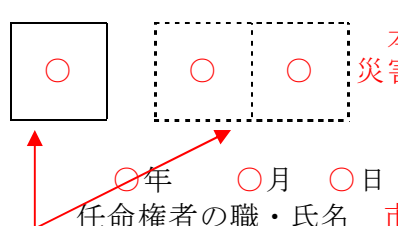
交通事故証明書により確認してください

*受 理	年 月 日	*認 定	平成 年 月 日
*通 知	年 月 日		<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当

【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。
- 「職名」の欄には、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。
- 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」の欄には、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。



2 災 害 発 生 の 状 況	(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 ○○時 ○○分ごろ 午後
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻  (出勤途上の災害の場合)	午前 ○○時 ○○分ごろ 午後
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻 (退勤途上の災害の場合)	午前 時 分ごろ 午後
	(4) 災害発生の状況 次の要領で、なるべく詳細に記入してください。	
	① 誰が	通常「私」で始まります。
	② 何のため（出勤か退勤か）	出勤のため
	③ 何で（交通手段）	いつものように自家用車で
	④ どこを（自宅か、勤務場所か）	自宅を上記時間に出て
	⑤ どういう経路で	通勤届上のいつもの経路で
	⑥ どこにきたとき	○○町の交差点にさしかかったときに
	⑦ どこからきた何に	対向車線から右折してきたトラックに
	⑧ どうなったので	車の右側面を衝突され、○○を負傷したので
	⑨ どうしたか	救急車で○○病院に運ばれ入院しました。
	1、2に記入された内容が正しいか十分調査の上、証明をお願いします。	
*3 所長 属の 部証 局明 の	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。  ○年 ○月 ○日 所属部局の { 所在地 ○○市○○町○○番地 名称 ○○市○○部○○課 長の職・氏名 部長、課長、所長、校長	
4 添付する資料名	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者 加害報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿 の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
*5 任命 権者 の 意 見	 <p>本事案は、合理的経路及び方法による出勤途上の災害であるので、通勤災害該当と考えられる。</p> <p>任命権者の職・氏名 市長、町長、消防長、教育委員会等</p> <p>下記及び65・66ページの職種区分一覧を見て数字を記入してください。</p>	

- 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、本欄には「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(1)の欄には、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)の欄は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)の欄は、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、地方公務員災害補償基金に相談すること
- 7 「\*5 任命権者の意見」の欄中□には、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」の欄中□□には、下記の16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 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師  
 08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員  
 12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 9 年月日の記載には元号を用いる。



## 出勤途上の負傷

(記載例)

2 災 害 発 生 の 状 況 等	①	災害発生の日の勤務開始(予定)時刻	午 前 後	8 時	30 分ごろ
	②	災害発生の日に住居を離れた時刻	午 前 後	8 時	00 分ごろ
	③	災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 前 後	— 時	— 分ごろ
	④	災害発生の状況 私は、出勤のため、いつものように自家用車で自宅を午前8時頃に出ました。そして通勤届上のいつもの経路である市内大通りを車進中、午前8時15分頃、南町交差点付近路上で、対向してきた貨物自動車（宇都宮運送会社所有、西山三郎運転）がウィンカーを出さずに突然センターラインを越えてつっこんできたため避けられず正面衝突して負傷しました。近くの商店主の通報で、救急車が来て、直ちに市内の下野整形外科病院に運ばれ、そのまま入院しました。			

5 任 命 権 者 の 意 見 等	本事案は、合理的な経路及び方法による出勤途上の災害であるので、通勤災害に該当すると考えられる。				
	○ 年 ○ 月 ○○日 任命権者の職・氏名 ○○市長 ○ ○ ○ ○				

## 退勤途上の負傷

(記載例)

2 災 害 発 生 の 状 況 等	①	災害発生の日の勤務開始(予定)時刻	午 前 後	時	分ごろ
	②	災害発生の日に住居を離れた時刻	午 前 後	— 時	— 分ごろ
	③	災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 前 後	5 時	30 分ごろ
	④	災害発生の状況 私は、仕事を終え退勤するため、自家用車で勤務先の小学校を午後5時30分に出ました。そして、夕食のおかずを買うために、いつもの経路を少し離れたところにあるスーパーマーケットに立ち寄り、30分程野菜などの買物をした後、いつもの通勤経路に戻り自宅に向って南大通りを北進中、午後6時10分頃、左方の狭い道から一時停止をせずに飛び出してきた大型トラック（中央建設所有、南川四郎運転）に左側面から衝突され、負傷したものです。 私は気を失っていましたが、直ちに救急車で市内の栃木大学病院に運ばれ入院しました。			

5 任 命 権 者 の 意 見 等	本事案は通勤の逸脱・中断に該当するが、日常生活上必要な行為に該当し、通常の経路に復した後の災害であるので通勤災害に該当すると考えられる。				
	○ 年 ○ 月 ○ 日 任命権者の職・氏名 ○○市教育委員会				

## 任命権者の意見欄に記入する16職種区分

0 1	医師・歯科医師	大学付属病院、警察病院等に勤務する者を含む。
0 2	看護師	看護師、准看護師をいう。大学付属病院、警察病院、消防署等に勤務する者を含む。
0 3	保健師、助産師	大学付属病院、警察病院等に勤務する者を含む。
0 4	その他の医療技術者	<p>薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、作業療法士、歯科衛生士、歯科技工士等の資格を有する者又は診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師以外の病理細菌技術職員、理学療法士以外の理学療法技術職員、作業療法士以外の作業療法技術職員、視能訓練士以外の視能技術職員若しくはあん摩、マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師で、現にそれぞれの業務に従事している者をいう。</p> <p>なお、無資格の看護助手は「16 その他の職員」として取り扱う。</p>
0 5	保育士・寄宿舎指導員等	<p>次に掲げる者をいう。</p> <p>① 保母の資格を有する者で、現に保育所・社会福祉施設等に勤務する者</p> <p>② 現に社会福祉施設及び特別支援学校（盲学校、聾学校、養護学校）に勤務する者</p>
0 6	船員	船員法第1条に規定する船員のほか、同条第2項各号に規定する船舶に乗り組む船員をいう。
0 7	土木技師・農林水産技師・建築技師	<p>次に掲げる者をいう。</p> <p>① 土木に関する事務に従事する技術職員のうち、技師として任用される者</p> <p>② 農業・林業・水産業に関する事務に従事する技術職員のうち、技師として任用される者</p> <p>③ 建築に関する事務に従事する技術職員のうち、技師として任用される者</p>
0 8	調理員	学校調理員のほか、社会福祉施設、病院等の調理員をいう。
0 9	運転士・車掌等	

1 0	義務教育学校教員	学校教員統計調査規則第3条に定義するもののうち義務教育学校に勤務している職員をいう。
1 1	義務教育学校以外の教員	学校教員統計調査規則第3条に定義するもののうち義務教育学校以外に勤務している職員をいう。
1 2	その他の教育公務員	教育公務員特例法第2条に定義する者をいう（教員及び社会教育主事を除く。教育委員会事務局の一般的な事務職員、学校事務員、教育長等は元々含まれない）。
1 3	警察官	警察法第56条第2項に規定する地方警察職員のうち警察官である常勤の職員をいう。 なお、道路交通法第114条の4の交通巡視員は、「16その他の職員」として取り扱う。
1 4	消防吏員	常勤の消防団員を含む。
1 5	清掃職員	廃棄物の処理及び清掃に関する法律第2条第2項の一般廃棄物（ごみ・し尿）の収集、運搬、処理に関するものに従事する職員（清掃事業の現場の職員に限る。）をいう。したがって、例えば、処理施設のオペレーターはこれに該当するが、会計事務、計量事務を本務とする職員及び庁舎内等の清掃職員は、これに該当しないものである。
1 6	その他の職員	1～15に掲げる職種に該当する職員以外の職員をいう。

※ 2以上の職種を兼ねている場合には、公務災害が発生した際に主として従事していた職種において区分する。

※ 当該職種は、原則として単に資格を有するだけではならず、勤務公署、所属行政部門とは関係なく、現にその職務に従事しているところにより区分する。

※ 当該区分は、負担金の納付の際の職種区分とは関係がないものである。

本書は診断書の見本です。

診 断 書

※被災直後、A病院で応急手当のみを受け、その後、B病院に入院した場合などは、B病院の診断書を添付してください。(病名が同一の場合)

住 所 ○○○市 ○○○町 ○○○番地

氏 名 栃 木 太 郎

生年月日 昭和 ○○年 ○○月 ○○日生

傷病名は代表的なものではなく、  
すべて記入してもらおうようにして下さい。

↓

病 名 ○○打撲、 ○○部切

○○年 ○○月 ○○日 受傷

※打撲又は捻挫で、柔道整復師のみで施術を受けている場合は、柔道整復師の施術証明書をもって、医師の診断書にかえることができます。

上記病名にて、約 ○○週間の通院加療を要する見込みです。

○○年 ○○月 ○○日 当院初診

必ず初診日を記入  
してもらってくだ  
さい

上記のとおり診断いたします。

○○年 ○○月 ○○日

○○○市 ○○○町 ○○○番地

○○○○病院

医 師 ○ ○ ○ ○ 印

# 災 害 現 認 書

〇〇年 〇〇月 〇〇日

地方公務員災害補償基金  
栃 木 県 支 部 長 様

災害現認書を書いた  
年月日

現認者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地.....

所属・職名等具体的に → 所 属 〇〇市〇〇課主事.....

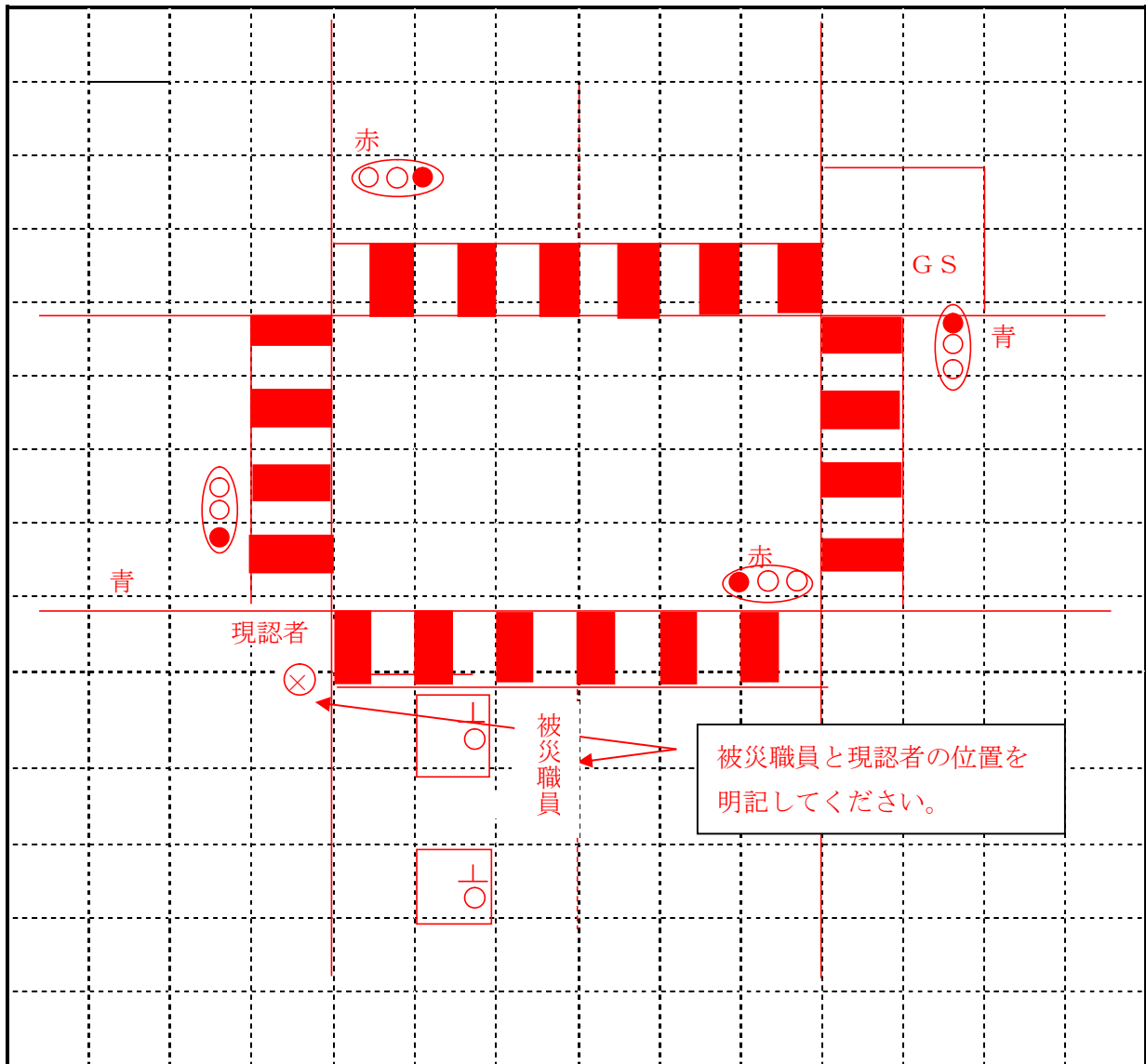
氏 名 〇 〇 〇 〇.....  
被災職員との関係 → ( 同 僚 )

被災 職員	所 属	〇〇市〇〇課〇〇係
	職・氏名	主事 栃 木 太 郎
現 認 の 日 時		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 午前 〇時 〇〇分ごろ
現 認 の 場 所		〇〇市〇〇町〇〇先路上 ← 災害発生の日時・場所ではなく、現認した（報告を受けた）日時・場所
<p>現認の状況 <span style="float: right;">であることに注意。</span></p> <p style="text-align: center;">現認者自身が見たままをありのままに「証言」として記入してください。（認定</p> <p style="text-align: center;">請求書の「2 災害の発生状況」にとらわれず、見ないことは書かないようにして</p> <p style="text-align: center;">ください。）</p> <p style="text-align: center;">また、目撃した人がいない場合は最初に被災職員から報告を受けた者が、本書の</p> <p style="text-align: center;">「現認」を「報告受理」と読みかえて記載してください。</p> <p style="text-align: center;">（記載要領） 私は〇〇のため〇〇していると、上記場所で突然ガシャーンという</p> <p style="text-align: center;">音を聞いてふりむいたところ、〇〇さんが〇〇しているのを見ました。急いで〇〇</p> <p style="text-align: center;">病院に連れて行きました。（報告受理の場合、〇〇さんから電話で〇〇した旨、報</p> <p style="text-align: center;">告を受けました。）</p>		

※この現認書は、災害の目撃者（同僚）に作成してもらうこと。  
また、目撃者がいない場合は、災害状況報告を最初に受けた者（上司）が作成すること。

この見取図は災害発生現場を上空から見た平面図として記載してください。

## 現場見取図



作成年月日      ○年   ○月   ○日

被災職員か、被災職員から十分話を聞いた者が作成してください（以下同じ）

作成者      所属 ○○課      職氏名 ○ ○ ○ ○

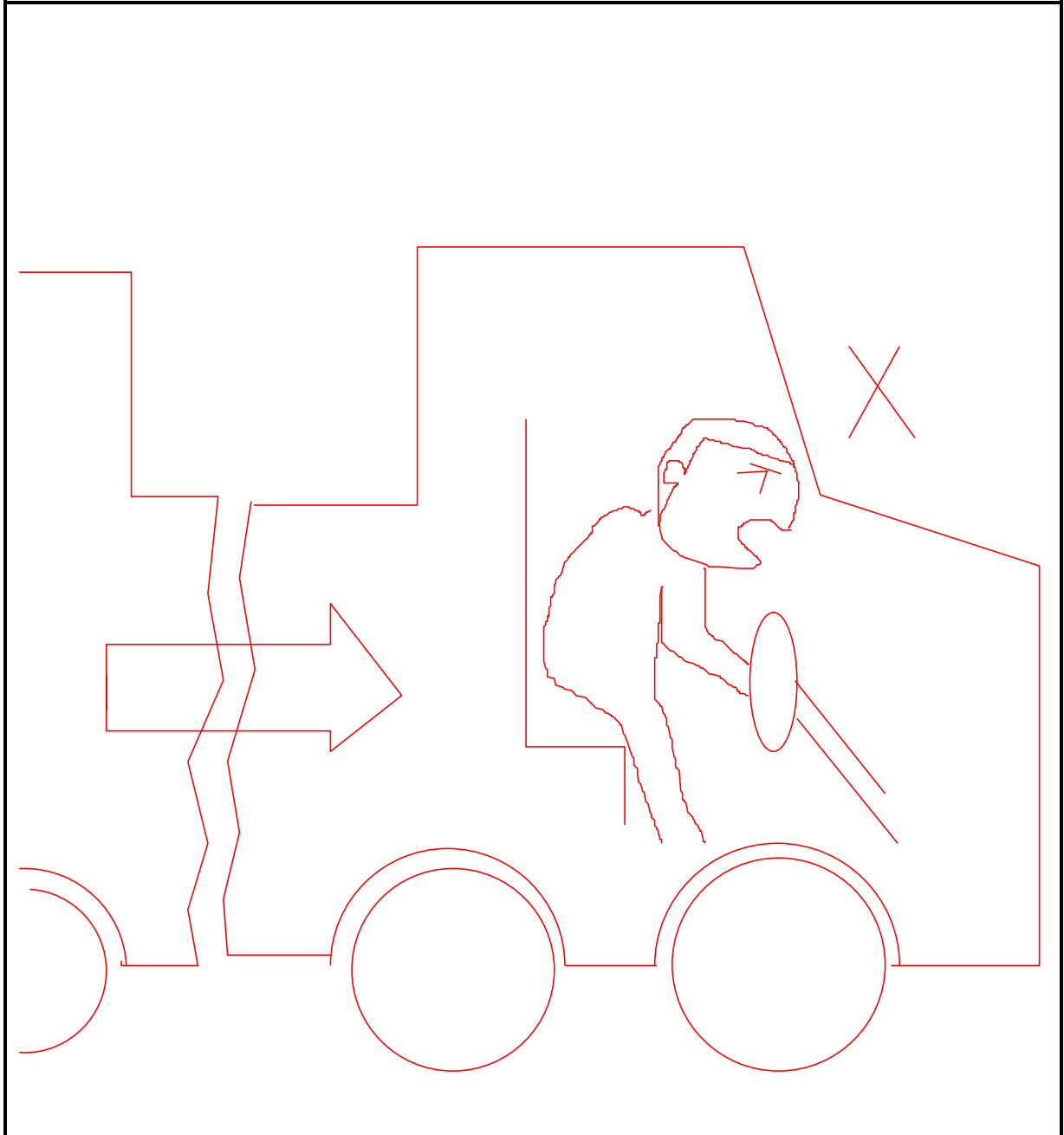
上記のとおり相違ないことを証明する。 証明してください。（以下同じ）

所属長 ○ ○ ○課      課長 ○ ○ ○ ○

(注) 災害発生現場を平面図により表示し、被災者及び現認者の位置がわかるようにして下さい。

この見取図は、災害発生の状況を具体的な姿勢図（簡単なイラスト）として記載してください。

## 災害発生状況見取図



作成年月日                   ○ 年   ○ 月   ○ 日

作成者   所属○ ○ ○課   職氏名○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

上記のとおり相違ないことを証明する。

所属長 ○ ○ 課   課長 ○ ○ ○ ○

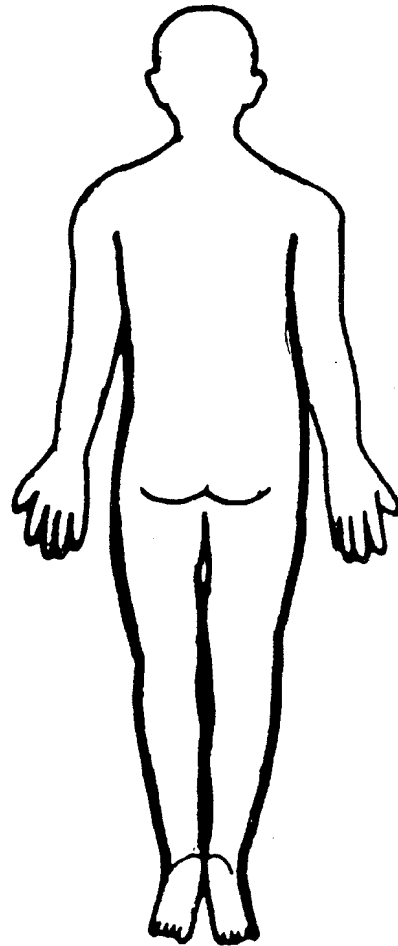
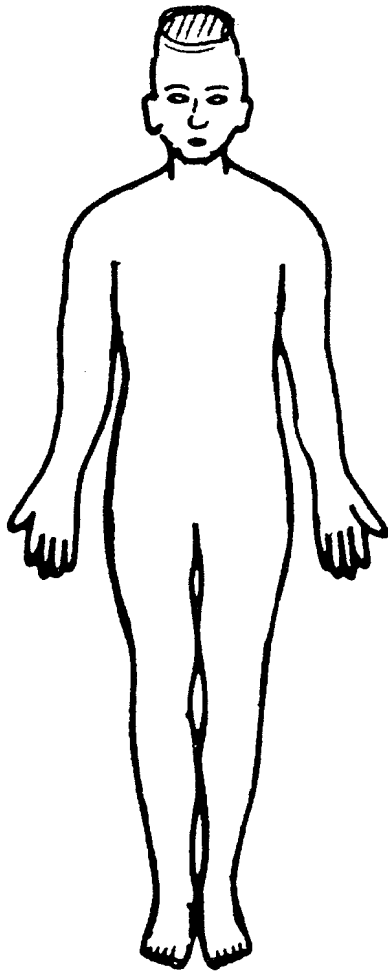
(注) 災害発生の状況を具体的な姿勢図で示し、適宜説明を加えて下さい。



# 負傷部位略図

負傷した部位にしるしをつけてください。

\*細部のため記入できない場所などは別紙に「拡大図」を添付してください。



全 面

後 面

— <説 明> —

〇〇部を打撲、切創しました。

← 診断名を参考にして記載してください。

作成年月日            〇年 〇月 〇日

作成者 所属 〇 〇課                            職 氏 名 〇 〇 〇 〇

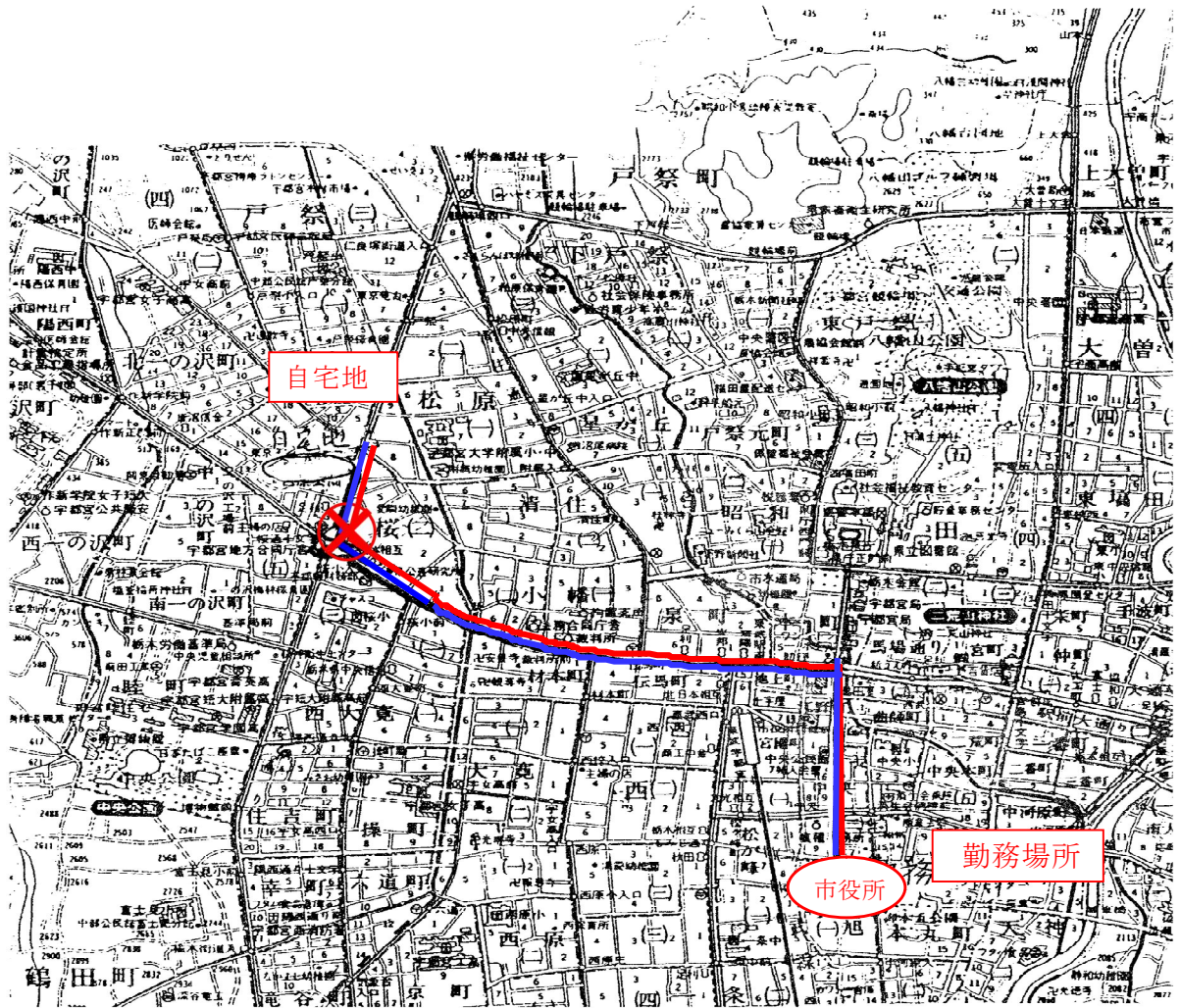
上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長 〇 〇課 課長 〇 〇 〇 〇

# 経路図

- ・既製の地図を用いること。
- ・「勤務場所」「目的地」等を明記すること。
- ・当日の経路を朱線で記入し、災害発生場所を×印で表示すること
- ・通勤届上の経路を青線で地図上におとすこと

1:21,000 0 300 600m



作成年月日 ○年 ○月 ○日

作成者 所属 ○○課 職氏名 ○○ ○○○○

上記のとおり相違ないことを証明する。

所属長 ○○課 課長 ○ ○ ○ ○

**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栃木県支部長 殿

○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 ○○市○○町○○番地  
氏名 栃木 太郎

1 被災職員について記載してください。

所属 ○○市○○課	氏名 栃木 太郎	生年月日 昭和52年 5月 7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 ○分頃

場所 ○○市○○町○○番地 県道○○号線交差点

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) センターラインのある道路の交差する信号のない交差点を普通乗用自動車です速15kmで直進していたところ、右方より時速25kmで進入してきた加害者車両(普通貨物自動車)に出会い頭に衝突した。

加害者は、一時停止標識があるにも関わらず、十分に減速せず、交差点で左方からくる車両に気付き、急ブレーキを踏んだ。道路幅員 被災職員側7.4m 加害者側7m

※現場見取図を添付してください。

災害を目撃した人がいる場合には記載してください。

目撃者の氏名 ○○ ○○

住所 ○○市○○町○○番地

目撃時の状況 被害車両に後続して通行していたところ、右方から加害車両が追突するのを目撃した。

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 ○○ ○○ (○○才)

住所 ○○市○○町○○丁目○番○号 ○○荘○号室 電話 ○○○(○○○)○○○○

職業(勤務先) (株)○○○運輸 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 (株)○○○運輸 電話 ○○○(○○○)○○○○

住所 ○○市○○町○○丁目○番○号

事業の内容又は職業 運送業

代表者(役職) 代表取締役社長 (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。

宇都宮中央警察署 ○○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) 普通貨物自動車 (登録番号) 宇都宮○○○△○○○○

自賠責保険証明書番号 ○○-○○○○○○○

保険契約者(氏名) (株)○○○運輸 代表取締役社長○○ ○ (住所) ○○市○○町○○丁目○番○号

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 ○○火災海上保険(株) 電話 ○○○(○○○)○○○○

担当者名 ○○損害サービスセンター ○○課 ○○

保険会社住所 ○○○市○○ ○丁目○番○号 ○○ビル○階

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 ○○-○○○○○○○

保険契約者(氏名) (株)○○○運輸 代表取締役社長○○ ○

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 ○○火災海上保険(株) 電話 ○○○(○○○)○○○

担当者名 ○○損害サービスセンター ○○課 ○○

保険会社住所 ○○○市○○ ○丁目○番○号 ○○ビル○階

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 栃木 太郎

金額 ○○○,○○○円

受領年月日 ○○年 ○月 ○日

保険契約者(氏名) (株)○○○運輸 代表取締役社長○○ ○

保険会社名 ○○火災海上保険(株) 電話 ○○○(○○○)○○○

担当者名 ○○損害サービスセンター ○○課 ○○

保険会社住所 ○○○市○○ ○丁目○番○号 ○○ビル○階

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 ○○-○○○○○○○

保険契約者(氏名) ○○ ○○

保険会社名 ○○火災海上保険(株) 電話 ○○○(○○○)○○○

担当者名 ○○損害サービスセンター ○○課 ○○

保険会社住所 ○○○市○○ ○丁目○番○号 ○○ビル○階

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

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	右鎖骨骨折	頸椎捻挫
程 度	全治2ヶ月	全治6週間
診療機関名	○○病院	○○整形外科
診療機関住所	○○市○町○○○	○○市○○町○○

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、なにを、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
22.1.22	735,678円	○○損保	治療費				

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・ <b>示談をする予定</b> ・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。 <b>症状固定したため、後遺障害について保険会社に請求中</b>
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( 10 )% 第三者(加害者)( 90 )%
	その理由 <b>加害者は一時停止を無視したため過失が大きい(この割合は保険会社から提示された)</b>
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。)
	… <b>イ</b> 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。) ← <b>41ページ参照</b>
	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。 <b>損害は自賠償の範囲内なので、保険会社から全額支払いを受けられる予定であるため。</b>
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 ○○市○○課	
職・氏名 課長 ○○ ○○	

- 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 災害発生後、誓約書及び事実確認書(事実確認書が取れない場合は、未提出理由書)と共に速やかに提出してください。
- 3 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栃木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ご注意願います。

※1 この「第三者加害報告書」は、その災害に第三者(加害者)がいる場合に提出してください。(自損事故の場合には提出の必要はありません)

※2 交通事故の場合には、この届けに必ず自動車安全センターが発行する「交通事故証明書」を添付してください。(照合記録簿種別が人身事故のもの)

※3 事実確認書がとれない場合の未提出理由書の様式は任意です。



# 【記載例】事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 ○○○○○○ 号	当事者	甲(被害者)	氏名 ○○ ○○ (電話) (○○○-○○○-○○○)	運転・同乗・ 歩行・その他
自動車の番号	宇都宮○○○ あ ○○○○		乙(加害運転者)	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	塗装	<input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない、	歩道	<input checked="" type="checkbox"/> 両・片 <input type="checkbox"/> ない、	<input checked="" type="checkbox"/> 直線・カーブ、 <input checked="" type="checkbox"/> 平坦・坂
	見通し	<input checked="" type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い	積雪・凍結		
信号又は標識	信号	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない、	駐・停車禁止	<input checked="" type="checkbox"/> されている <input type="checkbox"/> されていない、	その他の標識
速度	甲車両 ○km/h(制限速度 50km/h)、乙車両 30km/h(制限速度 50km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)				
上記図の説明を書いてください。	<p>信号機のある交差点において、赤信号で停止線前に停車していたところ、突然後続車に追突された。</p> <p>(詳細に分かりやすく記載してください。)</p>				

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

○年 ○月 ○日

報告者(申請者との関係) ○○ ○○ (本人) 印

## 【記載例】被災前日及び当日の行動表

### 1 被災前日（○年○月○日）

6:30 起床  
7:00 朝食  
7:45 出発  
8:30 業務開始  
17:15 業務終了  
18:00 帰宅  
19:00 夕食  
20:00 入浴  
22:00 就寝

### 2 被災当日（○年○月○日）

6:30 起床  
7:00 朝食  
7:45 出発  
8:30 業務開始  
10:00 災害発生  
11:00 医療機関受診

※ 上記記載例を参考に、任意様式により作成してください。



療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇	
請求回数		第〇回(〇年〇月分)	
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿		請求年月日 〇年〇月〇日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地	
		フリガナ トチギ タロウ 氏名 栃木 太郎	
1 受補償委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇〇〇 に委任します。 委任者の氏名 栃木 太郎		
	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 □□市□□町□□番地 所在地 医療法人〇〇会□□病院 氏名(代表者名) 院長 □ □ □ □		
2 関係する職事に	所属団体名	〇〇市	フリガナ トチギ タロウ
	所属部局名 (電話番号 XXX-XXX-XXXX)	〇〇課	氏名 栃木 太郎
	職名	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 〇年〇月〇日
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		33,600 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 年 月 日まで	日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 から まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		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)	33,600 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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する (金融機関(郵便局を除く)振込に限りです) 金融機関名 〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 医療法人 〇〇会□□病院 院長 □ □ □ □ 氏名(フリガナ) 医療法人 〇〇会□□病院 院長 □ □ □ □		
	<input type="checkbox"/> その他		
*受理 (到達した年月日)	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	

医療機関に記入してもらってください

被災職員本人が記入

【口座名義人】  
実際に振り込まれる口座名をカタカナ表記で記入すること

[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□にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、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に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(3~6以外)」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、併せて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」の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。
- 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)									
傷病名	ア ○○骨折	ア	○年	○月	○日	診療開始日	イ ○○部切創	イ	○年	○月	○日		
	ウ	ウ	○年	○月	○日		ウ	○年	○月	○日			
	初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間		○年 ○月 1 日から	診療実日数	○日				
再診	再診	×	回	傷病の経過	※転帰が治癒の場合「治ゆ届」を提出するようにしてください。								
	外来診療料	×	回										
	継続管理加算	×	回										
	外来管理加算	×	回										
	時間外	×	回										
	休日	×	回										
深夜	×	回											
指導													
在宅	往診	回	転帰	○年 ○月 ○日									
	夜間	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡					
	深夜・緊急	回		摘要									
投薬	住宅患者訪問診察	回	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">内容省略</div> <p style="color: red; margin-top: 20px;">このページは医療機関に記入してもらってください。 なお、点数表は労災保険に準じて記入してください。</p>										
	その他	回											
	薬剤	回											
	内服	薬剤 × 単位回											
	屯服	薬剤 × 単位回											
外用	薬剤 × 単位回												
	薬剤 × 単位回												
処方	× 回												
麻毒調基	× 回												
注射	皮下筋肉内	回											
	静脈内	回											
	その他	回											
処置	薬剤 回												
手術・麻酔	薬剤 回												
検査	薬剤 回												
画像診断	薬剤 回												
その他													
入院	入院年月日	年 月 日	食事	基準	円	×	日間						
	病・診・衣	入院基本料・加算		円	×	日間							
		×		日間									
		×		日間									
		×		日間									
	特定入院料・その他	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										
		2,500点	×	12円	30,000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		個室使用2日間 (1,800×2)		3,600円							
診療費請求合計額		33,600円											
<p>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。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">名</td> <td>称</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">所</td> <td>在 地</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">医</td> <td>師の氏名</td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 100px;">記入不要</div>								名	称	所	在 地	医	師の氏名
名	称												
所	在 地												
医	師の氏名												

## 上級室・個室等証明書

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇 〇		
氏 名	栴 木 太 郎	傷 病 名	〇〇骨折〇〇部切創		
入 院 期 間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				10日間
上級室・個室等 を必要とした期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで				2日間
上級室・個室等 を必要とした理 由（具体的に記 載して下さい）	<p style="color: red;">病状が重く、ギブス固定をしているため用便等を考慮して個室使用が                  適当と認められる。</p>				
等級別病室明細	呼称 例 (特別室、個室)	個 室			普通室 ( 人部屋)
	収 容 定 員	1 人			
	1日当り室料差額	1,800円	円	円	円
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: center;">〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">                 所在地    〇〇市〇〇町〇〇番地                  医療機関の 名称    医療法人 〇〇会 〇〇病院                  担当医師    医師 〇 〇 〇 〇             </p>					

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇			
		請求回数	第〇回(〇年〇月分)			
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿		請求年月日	〇年〇月〇日			
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地			
		フリガナ	トチギ タロウ			
		氏名	栃木 太郎			
1 受補償費用の受領委任の	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。					被災職員本人又は遺族が記入
	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	_____			被災職員本人又は遺族が記入
		所在地	_____			
		氏名(代表者名)	_____			
2 関被する職事員に	所属団体名	〇〇市	フリガナ	トチギ タロウ		
	所属部局名 (電話番号 XXX-XXX-XXXX)	〇〇課	氏名	栃木 太郎		
	職名	〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	〇年〇月〇日	
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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円	
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道		円	
	から	まで	km	<input type="checkbox"/> 往復		
7 上記以外の療養費(3~6以外)		腰椎コルセット	20,882円	8 療養補償請求金額(3~7の合計額)	20,882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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する					
	金融機関名	足利銀行	本支店等名	県庁内支店		
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇			
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) 栃木 太郎(トチギ タロウ)					
<input type="checkbox"/> その他						
* 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	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日	

記入不要

【送金希望口座等】  
請求者の口座情報又は個人番号のいずれかを記入

【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□にレ印を記入すること。
- 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「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に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。
- 4 「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。
- 5 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「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。
- 7 「\*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」の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。
- 8 「診療報酬点数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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)					
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日			
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	日
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × ×	回 回 回 回 回 回	傷病の経過					
指導				転帰	年 月 日				
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他 薬剤	回 回 回 回 回		転帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡
				摘要					
投薬	内服	薬調剤 ×	単位	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block; margin-bottom: 10px;">記入不要</div> <p style="color: red; font-size: small;">※「補装具等を治療上必要とする旨の医師の証明書」及び料金を自己負担した際の領収書を添付してください。</p> <p style="color: red; font-size: small;">※費用を自己負担している場合、領収書の添付は必須です。</p> <p style="color: red; font-size: small;">※診断書の場合消費税がかかりませんので注意してください。</p>					
	屯服		薬調剤 ×						
	外用	薬調剤 ×	単位						
		薬調剤 ×	単位						
処方 麻毒調基	×	回 回							
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回							
処置	薬剤	回							
手術・麻酔	薬剤	回							
検査	薬剤	回							
画像診断	薬剤	回							
その他									
入院	入院年月日	年 月 日		食事	基準	円 ×	日間		
	病・診・衣	入院基本料・加算			円 ×	日間			
		×	日間		円 ×	日間			
		×	日間		円 ×	日間			
		×	日間		円 ×	日間			
特定入院料・その他									
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 ×		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			
<p>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。)</p> <p style="text-align: center;">○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">診療機関の</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">             名称 医療法人○○会□□病院              所在地 ○○市○○町○○番地              医師の氏名 医師 □□ □□         </div> <div style="margin-left: 20px; border: 1px solid red; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;">必ず記入</div> </div>									

本書は証明書の見本です。

# 証 明 書

住 所 栃木県 ○○○市 ○○町 ○○番地  
氏 名 栃 木 太 郎 様  
生年月日 明・大・**昭** ○年 ○月 ○○日生

傷 病 名 腰椎圧迫骨折

上記傷病のため 腰椎コルセット 着装の  
必要あることを認めます。

○年 ○月 ○○日

医療機関所在地 ○○○市 ○○町 ○○-○

医療法人○○会 □□病院

医師 ○ ○ ○ ○

T E L

本書は領収証の見本です。

NO. 領 収 証	(社) 義肢協会 登録・ 号	内 訳		
		品 目	数 量	金 額
栃 木 太 郎 様  ¥ 20,882		体幹C-5	1	5,600
		腰椎支持C	1	14,100
		6%		1,182
但し 腰椎コルセット 装具代金				
上記の金額正に領収致しました				
○年 ○月 ○日				
住 所 ○○○○				
会社名 ○○○○				
収入印紙	撥者			
	印			
		合計		¥ 20,882

療養補償請求書

認定番号 ○ ○ - ○ ○ ○ ○ 請求回数 第 ○ 回 ( ○ 年 ○ 月分)			
		請求年月日 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 〒○○○-○○○○ ○○○市○○町○○番地 フリガナ トチギ タロウ 氏名 栃木 太郎	
1 受補償委任の費用	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 関係する職事員に	所属団体名 ○○市 所属部局名 ○○課 (電話番号 XXX-XXX-XXXX)	フリガナ トチギ タロウ 氏名 栃木 太郎 ○ 年 ○ 月 ○ 日生 ( ○ 歳)	
	職名 ○○ <input checked="" 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) _____ 円 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
6 移送費	<input checked="" type="checkbox"/> 交通費 (タクシー) _____ 円 <input type="checkbox"/> 片道 5 回 自宅 から 病院 まで 12 km <input checked="" type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> その他の移送費 _____ 円 1,800×2×5=18,000 円		
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) 18,000 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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 足利銀行 本支店等名 県庁内支店 口座種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 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) 栃木 太郎 (トチギ タロウ)		
	<input type="checkbox"/> その他 _____		
	【送金希望口座等】 請求者の口座情報又は個人番号のいずれかを記入		
* 受理 (到達した年月日)	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】

- 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 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「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に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。
- 4 「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。
- 5 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「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。
- 7 「\*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」の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。
- 8 「診療報酬点数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。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。



*10 診療費請求明細				(職員氏名)										
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日								
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	日					
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × ×	回 回 回 回 回 回	傷病の経過										
指導				転帰	年 月 日									
在宅	往診 夜間 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他 薬剤	回 回 回 回 回		転帰	治ゆ	継続	転医	中止	死亡					
				摘要										
投薬	内服	薬調剤	×	単位	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; display: inline-block;">記入不要</div> <p>※次の書類を添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「通院・移送費明細書」</li> <li>・「経路図」 病院と自宅の間及び通勤経路の両方を色分けて記載したもの</li> <li>・領収証等</li> </ul>									
	×		単位											
	外用	薬調剤	×	単位										
	×		単位											
	処方	×	回											
麻毒調基	×	回												
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 回												
処置	薬剤	回												
手術・麻酔	薬剤	回												
検査	薬剤	回												
画像診断	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										
	特定入院料・その他			食事	基準		円 ×	日間						
							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							
<p>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。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>名称</p> <p>所在地</p> <p>医師の氏名</p> </div> </div>														

## 通院・移送費明細書

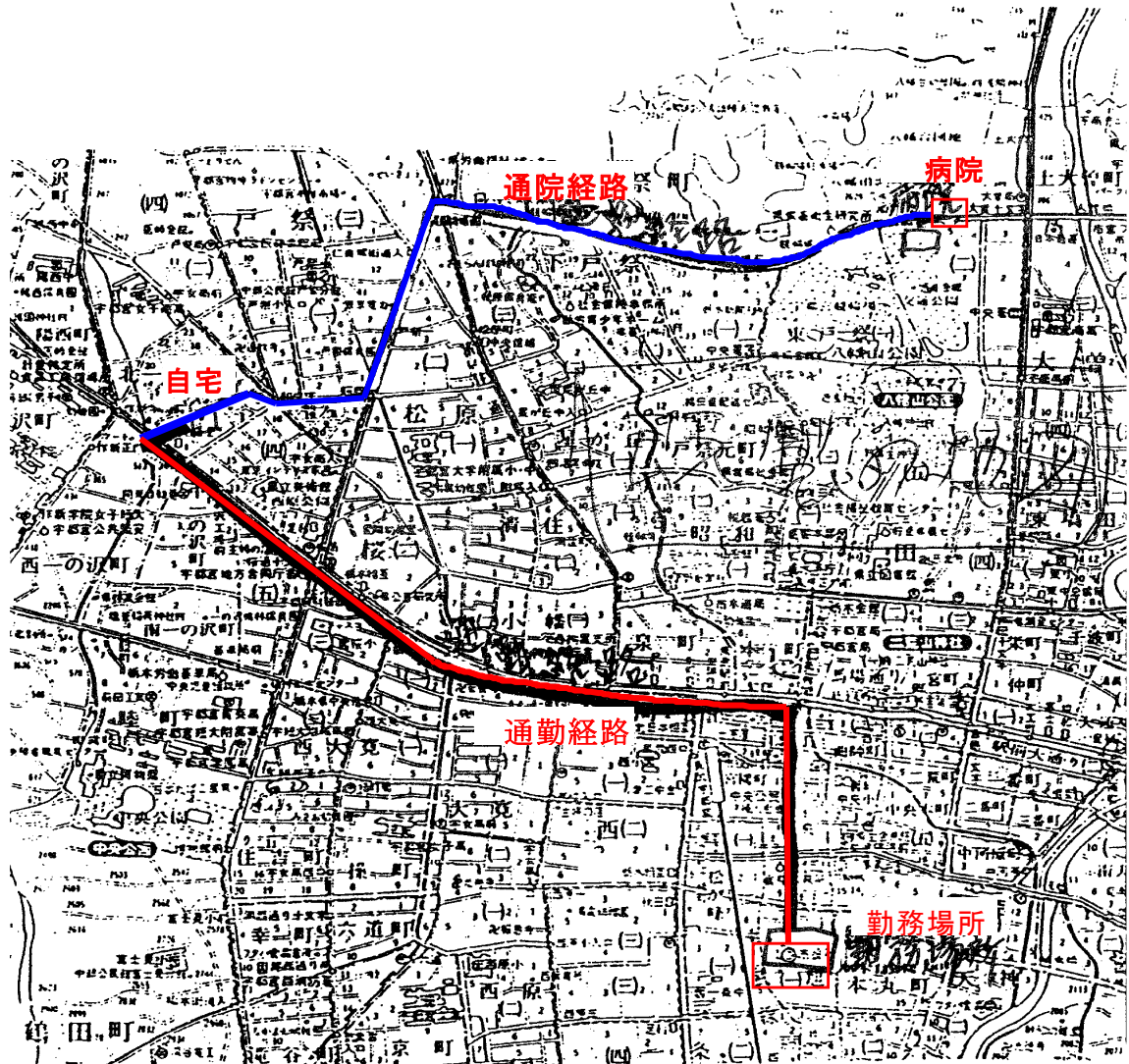
所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇 〇 - 〇 〇 〇															
氏 名	栞 木 太 郎	傷 病 名	〇〇骨折〇〇部切創															
医 師 日 通 院 日 数	8 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	通院日数	
				○							○							
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
			○							○								○
5 日																		
の 証 明	<p style="text-align: center;">8月3日初診、〇〇骨折で独歩が困難なため、8月3日から8月31日まで タクシーによる通院が必要である。</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">〇 年 〇 月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称 医療法人 〇〇会 □□病院</p> <p style="text-align: center;">担当医師 医師 〇 〇 〇 〇</p>																	
明 細	方 法	区 間							距 離	日 数	片道料金	請 求 額						
	電 車	—							km	日	円	円						
	バ ス	—																
	タクシ-	自 宅 — 病 院							1 2	5	1,800	18,000						
	そ の 他	—																
	合 計								1 2	5	1,800	18,000						
<p style="text-align: center;">上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">〇 年 〇 月 〇〇日</p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇</p> <p style="text-align: center;">所属機関の 名 称 〇〇〇市〇〇課</p> <p style="text-align: center;">長の職氏名 課長 〇 〇 〇 〇</p>																		

- (注) 1. 医師の所見欄は、電車・バス等通常の交通機関を利用できず、タクシーの利用を必要としたときのみ記載するものとし、その理由及び期間を詳細に記載してもらうこと。
2. 通勤手当が支給される期間は、通勤手当と重複する区間は請求できません。

# 経路図

- ・既製の地図を用いること
- ・「自宅」・「勤務場所」・「病院」を明記すること
- ・通院経路と通勤経路を色分けすること

1:21,000 100 400



作成年月日 ○年 ○月 ○日

作成者 所属 ○○課 職氏名 ○○ ○○○○

上記のとおり相違ないことを証明する。

所属長 ○○課 課長 ○ ○ ○ ○

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇		
		請求回数	第〇回(〇年〇月分)		
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	〇年〇月〇日		
		請求者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇市〇〇町〇〇番地		
		フリガナ 氏名	トチギ タロウ 栃木 太郎		
1 受補償委任の費用	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 関係する職事員に	所属団体名	〇〇市	フリガナ	トチギ タロウ	
	所属部局名 (電話番号 XXX-XXX-XXXX)	〇〇課 XXX-XXX-XXXX	氏名	栃木 太郎	
	職名	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	〇年〇月〇日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		(3割自己負担分)	9,000 円	
4 調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり				
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				
	年 月 日から	年間	看護士の資格		円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道		円
	から	まで	km	<input checked="" type="checkbox"/> 往復	
<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)	9,000 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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する				
	金融機関名	足利銀行	本支店等名	県庁内支店	
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	〇〇〇〇〇〇		
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) 栃木 太郎(トチギ タロウ)				
<input type="checkbox"/> その他					
* 受理 (到達した年月日)	所属部局		任命権者		基金支部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払	年 月 日

【送金希望口座等】  
請求者の口座情報又は  
個人番号のいずれかを  
記入

- 〔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□にレ印を記入すること。
  - 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
  - 3 「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に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。
  - 4 「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。
  - 5 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」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、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
  - 6 「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。
  - 7 「\*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」の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。
  - 8 「診療報酬点数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。
  - 9 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)													
傷病名	ア ○○骨折	診 療	ア	○ 年	○ 月	○ 日											
	イ ○○部切創	開 始 日	イ	○ 年	○ 月	○ 日											
	ウ		ウ	○ 年	○ 月	○ 日											
初 診	時間外・休日・深夜	回	点	診 療 期 間	年	月	日から	診 療 実 日 数	○ 日								
再 診	再 診	×	回	傷病の経過	年	月	日まで	○	日								
	外 来 診 療 料	×	回														
	継 続 管 理 加 算	×	回														
	外 来 管 理 加 算	×	回														
	時 間 外	×	回														
	休 日	×	回														
深 夜	×	回															
指 導				転 帰	○ 年 ○ 月 ○ 日												
在 宅	往 診	回		治 癒	継 続	転 医	中 止	死 亡									
	夜 間	回		摘 要													
	深 夜 ・ 緊 急	回		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">この裏面は病院で記入してもらい下欄に証明印をもらってください。</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; text-align: center; margin-bottom: 10px;">内容省略</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>点数は健康保険の点数になります。</li> <li>自己負担した分の領収証・レシート・等を添付してください。</li> <li>紛失してしまったような場合は病院から支払証明書ももらってください。</li> </ul>													
住 宅 患 者 訪 問 診 察	回																
そ の 他	回																
薬 剤	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	×	回															
麻 毒	×	回															
調 基	×	回															
注 射	皮 下 筋 肉 内	回															
	静 脈 内	回															
	そ の 他	回															
処 置	薬 剤	回															
手術・麻酔	薬 剤	回															
検 査	薬 剤	回															
画 像 診 断	薬 剤	回															
その他																	
入 院	入 院 年 月 日	年	月	日	食 事	基 準	円	×	日 間								
	病 ・ 診 ・ 衣	入院基本料・加算	×	日 間		円	×	日 間									
			×	日 間		円	×	日 間									
			×	日 間		円	×	日 間									
			×	日 間		円	×	日 間									
	特定入院料・その他																
診療報酬点数表により計算できるもの	合計点数	3,000 点	×	1 点単価	10 円	30,000 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						30,000 円											
<p>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。)</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>名 称</td> <td>○○○市○○町○○-○</td> <td rowspan="3" style="border: 1px solid red; padding: 5px;">必ず記入</td> </tr> <tr> <td>所 在 地</td> <td>医療法人 ○○会 □□病院</td> </tr> <tr> <td>医 師 の 氏 名</td> <td>院長 ○ ○ ○ ○</td> </tr> </table>										{	名 称	○○○市○○町○○-○	必ず記入	所 在 地	医療法人 ○○会 □□病院	医 師 の 氏 名	院長 ○ ○ ○ ○
{	名 称	○○○市○○町○○-○	必ず記入														
	所 在 地	医療法人 ○○会 □□病院															
	医 師 の 氏 名	院長 ○ ○ ○ ○															

# 転 医 届

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇〇 — 〇〇〇
氏 名	栃 木 太 郎		
傷 病 名	〇〇骨折 〇〇部切創		
現在受診している医療機関	所 在 地	〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇	
	名 称	医療法人 〇〇会 □□病院	
	療養期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 10日間	
転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関	所 在 地	〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇	
	名 称	〇〇医科大学附属病院	
	転医（検査受診）の日	〇 年 〇 月 〇 日	
転医（精密検査）の理由	〇〇医科大学附属病院には超音波診断装置などより高度な精密検査を行う設備があるため		
<p>上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。</p> <p style="text-align: center;">〇年 〇月 〇日</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">所在地</div> <div style="margin-right: 10px;">〇〇〇市〇〇町〇〇—〇</div> <div style="margin-right: 10px;">名称</div> <div style="margin-right: 10px;">医療法人 〇〇会 □□病院</div> <div style="margin-right: 10px;">担当医師</div> <div style="margin-right: 10px;">医師 〇 〇 〇 〇</div> </div>			
<p>上記のとおり転医したいのでお届けいたします。</p> <p style="text-align: center;">〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: center;">被災職員氏名 栃 木 太 郎</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿</p>			

(注) 医師の証明欄は医師の指示により転医もしくは精密検査を受けようとするときにのみ証明を受けること。

## 看 護 証 明 書

所 属	〇 〇 〇 市	認 定 番 号	〇 〇 — 〇 〇 〇
氏 名	梶 木 太 郎	傷 病 名	右 足 骨 折
入 院 期 間	〇年 5月10日から 〇年 5月31日まで		22日間
付添看護を必要とした期間	〇年 5月10日から 〇年 5月20日まで		10日間
看護人の種類	1. 看護師 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">②</span> 家政婦                  3. 家族		被災職員との続柄 (                                  )
付添看護を必要とした理由 (病状等をできるだけ詳細に記入して下さい)	右足骨折により、排便等常時介護を要することが医学治療上必要であることが認められる。		
基準看護の有 無	有 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>		
備 考			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
〇年 〇月 〇日			
所在地 〇〇〇市〇〇町××××			
医療機関の 名 称 〇〇病院			
担当医師 〇 〇 〇 〇			
家族が付添った場合、看護人から得られなかった具体的理由			
〇年 〇月 〇日			
住 所 〇〇〇市〇〇町〇〇 - 〇			
申立人（被災職員） 氏 名 梶 木 太 郎			

(注) 基準看護が実施されている病院で、さら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すること。



公 務 災 害 治 癒 届 (例 1)

○年 ○月 ○日		
医師に「治癒」と言われたら忘れずに、速やかにこの「治癒届」を提出してください。 地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿		
住所 ○○○市○○町○○-○		
氏名 栃木太郎		
認定番号	○○ ——— ○○○○	
所属 団体部局名	○○市○○課	
被災職員 職・氏名	職名 主事 氏名 栃木太郎	
療 養 の 等 経 過	傷病名及びその部位	右手中指基節骨骨折
	治療期間	○年 ○月 ○○日 から ○年 ○月 ○○日 まで
	治癒の年月日	○年 ○月 ○○日 <span style="color: red; font-size: 2em;">}</span> 一致するように記入 して下さい
	治癒の程度	<input checked="" type="checkbox"/> 完全治癒 <input type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> 医療効果を期待できない状態
	障害の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
現在の状況		被災前の状態に回復しました。 ○ この届には医師の証明は必要ありません。 ○ 治癒の日以降は療養補償費は支給できなくなります。 ○ 傷病名がいくつもある場合、すべて「治癒」した時に提出して下さい。

公 務 災 害 治 癒 届 (例 2)

○年 ○月 ○日		
地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿		
住所 ○○○市○○町○○-○		
氏名 栃木太郎		
認定番号	○○ ——— ○○○○	
所属 団体部局名	○○市○○課	
被災職員 職・氏名	職名 主事 氏名 栃木太郎	
療 養 の 等 経 過	傷病名及びその部位	右手中指基節骨骨折
	治療期間	○年 ○月 ○○日 から ○年 ○月 ○○日 まで
	治癒の年月日	○年 ○月 ○○日 <span style="color: red; font-size: 2em;">}</span> 一致するように記入 して下さい
	治癒の程度	<input type="checkbox"/> 完全治癒 <input checked="" type="checkbox"/> 症状固定 <input type="checkbox"/> 医療効果を期待できない状態
	障害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
現在の状況		右手中指を骨折し、治療手術を受けましたが、右手中指は伸びきったまま、少しも曲げることができず、医師からも「今後も完全硬直のまま、曲げることができない」と言われました。 ・障害等級に該当するような障害が残った場合には、「残存障害診断書等」をお渡します。

## 第三者加害行為現状（結果）報告書

○年 ○月 ○○日

地方公務員災害補償基金

栃木県支部長 殿

被災職員 所属 ○○市○○課

氏名 栃木 太郎

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 療養期間	○年 ○月 ○○日 ~ <u>○年 8月 27日</u>	
4 治ゆ年月日	未治ゆ（見込 年 月頃） 治ゆ（ <u>○年 8月 27日</u> ）	
5 休業期間	○年 ○月 ○○日 ~ ○年 ○月 ○○日	
6 後遺障害（見込）の有無	有 ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">無</span>	
7 加害者の氏名	○○ ○○	
8 示談交渉の状況		
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 (理由を右欄に) (3) その他 { 未締結となっている理由、今後の予定等を右欄に }	<p style="color: red; margin-top: 0;">基金補償分については、加害者側が基金の請求に応じる</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	

一致する

9 治療費の支払い状況	・支払済額 <span style="float: right;">785,000円</span> ・負担者内訳（該当項目を○で囲む） (1) 自分で負担 <span style="float: right;">円</span> (2) 加害者で負担 <span style="float: right;">円</span> (3) 自賠責で負担 <span style="float: right;">円</span> (4) 任意保険で負担 <span style="float: right;">785,000円</span> (5) 基金で負担 <span style="float: right;">円</span> (6) 共済組合で負担 <span style="float: right;">円</span> (7) ( ) で負担 <span style="float: right;">円</span>
-------------	---

10 損害賠償の状況							
項目	金額	受領の状況			賠償者		
		済	請求中	受領年月日	加害者本人	保険会社	その他(具体的に)
(1)治療費	785,000	785,000				〇〇損保	
(2)休業補償費							
(3)障害補償費							
(4)遺族補償費							
(5)葬祭費							
(6)慰謝料	415,000	415,000				〇〇損保	
(7)物損							
(8)交通費							
(9)その他							
計	1,200,000						
内損害賠償請求額		受領完了年月日			〇年 〇月 〇〇日		
過失相殺の有無	<input type="checkbox"/> 有	%の過失			<input checked="" type="checkbox"/> 無		

(注意事項)

提出時期

- 1 災害発生日から6か月経過して示談が成立していない場合は6か月経過するごとに
- 2 治ゆしたとき
- 3 示談成立後

## 遅延理由書

○年○月○日

地方公務員災害補償基金  
栃木県支部長 福田 富一 様

所属部局の { 所在地 ○○市○○12-34  
                  { 名称 ○○市□□部△△課  
                  { 長の職氏名 課長 ○○ ○○ 印

当所属職員の公務・通勤災害認定請求書につきまして、請求が遅延した理由を下記のとおり報告します。

### 記

- 1 被災職員の職氏名  
主事 基金 太郎
- 2 災害発生年月日  
○年○月○日
- 3 公務・通勤災害認定請求年月日  
○年○月○日
- 4 提出遅延の理由  
○○○○○○（経過等を含め、具体的に記載すること）
- 5 再発防止策  
○○○○○○（具体的な対策を検討の上、記載すること）

## 遅延理由書

○年○月○日

地方公務員災害補償基金  
栃木県支部長 福田 富一 様

所属部局の { 所在地 ○○市○○12-34  
名称 ○○市□□部△△課  
長の職氏名 課長 ○○ ○○ 印

当所属職員の療養補償請求書につきまして、請求が遅延した理由を下記のとおり報告します。

### 記

1 被災職員の認定番号及び職氏名

- ・認定番号：24-000001
- ・職氏名：主事 基金 太郎

2 対象の療養補償請求書

年 月	医療機関名	金額
○年○月	医療法人○○会 □□整形外科	22,800 円
○年○月	医療法人○○会 □□整形外科	12,800 円
	合計	35,600 円

3 提出遅延の理由

○○○○○○（経過等を含め、具体的に記載すること）

4 再発防止策

○○○○○○（具体的な対策を検討の上、記載すること）