

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（公務・通勤）災害発生報告書

<p style="text-align: center;">殿</p> <p>下記のとおり（公務・通勤）災害が発生したので報告します。</p>	<p>報告者の住所</p> <p>氏名 ㊟</p>
<p>被災職員氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日生</p>	<p>役職名</p>
<p>災害発生の日時</p>	<p>災害発生の場所</p>
<p>傷病名</p>	<p>傷病の部位及びその程度</p>
<p>災害発生の状況とその原因</p>	
<p>災害発生場所の略図</p>	
<p>添付書類その他資料名</p>	

備考 不要の文字は抹消すること

第2号様式（第6条関係）

（公務・通勤）災害補償通知書

年 月 日

殿

（実施機関の職及び氏名）

印

公務災害（通勤災害）の補償の通知について

東京都市町村職員退職手当組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、下記の災害は、公務災害（通勤災害）と認定し、補償を実施するので、通知します。

記

- 1 被災職員の氏名
- 2 傷病名
- 3 災害発生年月日

補 償 の 内 容

1 あなたが被災職員である場合

(1) 療養補償

公務上の（通勤による）負傷又は疾病については、次の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

ア 診 察

イ 薬剤又は治療材料の支給

ウ 処置、手術その他の治療

エ 病院又は診療所への収容

オ 看 護

カ 移 送

(2) 休業補償

公務上の（通勤による）負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、平均給与額の100分の60に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

公務上の（通勤による）負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償は受けることができません。

(4) 障害補償

公務上の（通勤による）負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の身体障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けることができます。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間

(病院等に入院している期間を除く。)、介護補償を受けることができます。

2 あなたが被災職員以外の者である場合

(1) 遺族補償

あなたが公務上（通勤により）死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次のアからカまでに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

ア 妻及び60歳以上の夫

イ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子

ウ 60歳以上の父母

エ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫

オ 60歳以上の祖父母

カ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記アからカまでの順序のとおりです。

遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、この場合年金の支給は、一定期間停止されることになります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上（通勤により）死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例施行規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

3 一部負担金

あなたが通勤による負傷又は疾病に係る療養補償を受ける職員である場合は、一部負担金を納付しなければなりません。

[注意事項]

- 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償を受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関に問い合わせて、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、これを行行使することができる時から2年間（障害補償及び遺族補償については、5年間）行使しないときは、時効によって消滅します。
- 3 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、補償条例施行規則に定める手続きに従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

第3号様式（第13条関係）

療 養 の 給 付 請 求 書

認定番号		
(実施機関の職・氏名) .....殿 下記の指定医療機関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
	.....	氏名..... [㊞]
1 所属部局		
2 氏 名	3 職 種	
	4 負傷又は発病年月日	
	年 月 日生	年 月 日
5 療養を受けようとする 指定医療機関等	住 所	
	名 称	

[注意事項]

「5 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の住所及び名称を記載し、現在療養を受けている指定医療機関を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の住所及び名称を記載すること。

第4号様式（第13条関係）

療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第	回
(実施機関の職・氏名) .....殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所		
		氏 名 (印)		
補 受 償 領 費 委 用 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。 氏 名 (印)			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 支払請求者の住所			
		氏 名 (印)		
1 所属部局		3 職 種		
2 氏 名 年 月 日生		4 負傷または発病年月日 年 月 日		
5 診 療 費		内訳は「医師の証明」欄記載のとおり		円
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「※13 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで 日間		円
7 移 送 費	交通費		<input type="checkbox"/> 片道	円
	から まで キロメートル		<input type="checkbox"/> 往復 回	円
		その他の移送費		円
8 上記以外の療養費				円
9 療養補償請求金額				円
10 添付する書類その他の資料名				

10 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受 理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決 定	年 月 日
	振込口座	番 号		※支 払	年 月 日
		名 義		※決定金額	円

※11 医師の証明		
※12 訪問看護事業者の証明		
傷病名	(患者氏名)	
傷病の経過	(訪問看護期間)	
	年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、 理学療法士、作業療法士 円× 回 円	指示年月日 年 月 日
	准看護師 円× 回 円	主治医への直近報告年月日 年 月 日
		訪問日
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管 理 療 養 費	初日 円 2日目以降 円	
情報提供療養費	円	提供した情報の概要
		情報提供先の市区町村名
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	(備考)
合計	円	
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医氏名		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所在地 訪問看護事業者の 名称 代表者氏名		

傷病名	診療費の内訳			1点単位	円			
	項目内訳と記入欄			金額(円)				
	診察	初診						
		再診						
		往診						
療養指導								
傷病の経過	投薬	内用	普通薬	(薬名および使用量)				
			特殊薬					
		外用	(種類)					
	注射	(種類)		(回数等)				
	処置	(処置名)		(回数等)				
	手術	(手術名)		(回数等) (施行年月日) 年 月 日				
	検査	(検査名)		(回数等)				
	レントゲン	透視診断		(フィルムの大きさ枚数等)				
		写真診断						
		撮影						
現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	理学療法	(療法名)	(回数等)					
	その他							
診察期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療日数 日	入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで					
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類					
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無					
		寝具その他						
		診療費の計		円				
上記の事項と相違ないことを証明します。 年 月 日 病院または診療所の <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> </tr> </table> (印)					{	所在地	名称	医師氏名
{	所在地							
	名称							
	医師氏名							

〔注意事項〕

- 1 請求者は※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄は、診療にあたった医師又は医療機関に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 3 「6 看護料」及び「7 移送費」については、費用の受領書及び明細書を添付すること。
- 4 「8 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療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書を及び明細書を添付すること。
- 5 「10 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたときその支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 6 「※11 医師の証明」欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明を添付してもよい。

第5号様式（第13条関係）

休業補償請求書

請求回数	第	回
------	---	---

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の休業補償を請求します。	請求年月日	年	月	日
	請求者の住所	_____		
	氏名	_____ (印)		

1 所属部局

2 氏名	3 職 種
年 月 日生	4 負傷または発病年月日
	年 月 日

5 請求日数	年 月 日から	の	うち	日	{ 全部休業日数 日 一部休業日数 日
	年 月 日まで				

6 一部休業した日に得ることができた議員報酬その他の収入の額	
(1) 給与の総額 円	(2) その他の収入の総額 円

※7 所属部局の長の証明	5および6の(1)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・名称 長の氏名 (印)
--------------	---

8 休業補償金額の計算	全部休業日数のみの場合	(補償基礎額) × (請求日数) × $\frac{60}{100} =$ 円
	一部休業日数のある場合	(補償基礎額) × (請求日数) × $\frac{60}{100} =$ 円 (一部休業した日に支払われた給与その他の収入総額)

9 休業補償請求金額	円
------------	---

※10 医師の証明	傷病名	現在の状態	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数	勤務することができなかつたと認められる理由	
	年 月 日から	の	うち
	年 月 日まで		日
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日		{ 所在地 名称 医師氏名 (印)
	医療機関の		

11 添付する書類その他の資料名

12 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日
	振込番号			※支払	年 月 日
	振込口座名義			※決定金額	円

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄に記入しないこと。該当する□印にレ印を記入すること。
- 2 「5 請求日数」の欄中、全部休業日数の項目には勤務その他の業務に従事することができず、このため給与その他の収入を全く得ることができなかった日の数を、一部休業日数の項目には勤務その他の業務に一部従事することができ、このため給与その他の収入(資産に基づく収入を除く。)の一部を得ることができ、かつ、その得た給与その他の収入の額が補償基礎額以下であった日の数を記入すること。
- 3 「※10 医師の証明」の欄は、入院中の場合のように、すでに療養補償申請書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときには、この請求書において重ねて医師の証明を求めて記載する必要はない。
- 4 「12 送金希望の場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払い方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。

第6号様式（第13条関係）

傷病補償年金請求書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の傷病補償年金を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の 住所..... 氏名..... ⑩	
1 被災 職員 に関 する 事項	所属部局		職 種
	氏 名		
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日		傷病等級 該当年月日 年 月 日
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 日常生活の状態			
5 傷 病 等 級	第 級 号		
6 傷病補償年金請 求金額	(補償基礎額) × (倍数) = 円 円		
7 厚生年金保険法 等の適用関係	<input type="checkbox"/>の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。		

8 送金希望の 場合	振込先		銀行	支店
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	振込口座	番号		
		名義		

※受 理	年 月 日
※決定金額	条例第14条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	円
※通 知	年 月 日
※年金証書 の番号	第 号
支払開始 年月日	年 月 日

〔注意事項〕

請求者は、※印の欄に記入しないこと。該当する□印にレ印を記入すること。

第7号様式（第13条関係）

傷病補償年金変更請求書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記のとおり傷病補償年金の変更を 請求します。	請求年月日	年	月	日	
	請求者の年金 証書の番号	.....	第	.....	号
住所		.....		
氏名		..... ⑩			
1 現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第	.....			級
2 現在受けている傷病補償年金の支給が開始された年月	.....		年	.....	月
3 障害の程度に変更があった年月日	.....		年	.....	月 日
4 変更後の障害の部位及びその程度	.....				(第 級)
5 変更後の傷病補償年金請求額	(補償基礎額)	.....		(倍数)	.....
		円	×	=	円

※ 受理	.....	年	.....	月	.....	日	※ 通知	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 不変更
※ 変更後の傷病等級	第		級			年	.....	月 日
※ 決定金額	.....		円	※ 支給開始	.....		年	.....	月 日
				年月日					

[注意事項]

請求者は、※印の欄に記入しないこと。該当する□印にレ印を記入すること。

第8号様式(第13条関係)

障 害 補 償 年 時 金 請 求 書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の障害補償を請求します。		請求年月日 年 月 日
		請求者の住所
		氏 名
1 所属部局		
2 氏名 年 月 日生	3 職種	
4 負傷または発病年月日 年 月 日	5 治ゆ年月日 年 月 日	
6 障害の部位およびその程度		
7 既存障害とその程度		
8 障害等級	第 級 号	
9 障害補償請求金額	<input type="checkbox"/> 年金 (補償基礎額) × (倍数) = 円 <input type="checkbox"/> 一時金	
10 厚生年金保険法等の適用	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
11 添付する書類、その他の資料名		

12 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受 理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決 定	年 月 日
		振込口座	番号		※支 払 (一時金の場合)	年 月 日
	名義			※障 害 等 級	第 級 号
				※年 金 証 書 の 番 号	第 号
				※支給開始年月	年 月
				※決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金 円

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「6 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 3 「7 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 4 「10 厚生年金保険法等の適用関係」の欄には、障害補償年金を受けようとする者が記入するものであり、請求者が厚生年金保険法、国民年金保険法又は船員保険法の適用を受ける者であるときは、「.....の保険者である。」にその適用を受ける法令の名称を記入すること。
なお、この請求書を提出するときに、請求する障害補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法若しくは船員保険法の障害年金又は国民年金保険法の障害年金（障害福祉年金を除く。）の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号、番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
- 5 「12 送金希望場合」の欄は、この請求に係る補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 6 この請求書には、治ゆ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、その他の書類及び資料を添付すること。

第9号様式(第13条関係)

障 害 補 償 変 更 請 求 書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記のとおり障害補償の変更を請求 します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の年金 証書の番号	
		住 所	
		氏 名	
		(印)	
1 現在受けている障 害年金の障害等級		第 級	
2 現在受けている障 害年金の支給が開始 された年月		年 月	
3 障害の程度に変更 があった年月日		年 月 日	
4 障害の部位および その程度		(第 級)	
5 変更後 の障害補 償請求金 額	年 金	(補償基礎額) × (倍数)	= 円
	一時金	(補償基礎額) × (倍数)	= 円
6 添付する書類その 他の資料名			
※ 受 理	年 月 日	※ 決 定	年 月 日
※ 支 払	年 月 日		<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更
※ 変更後の 障害等級	第 級 号	※ 決定金額	円

[注意事項]

- 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

第10号様式 (第13条関係)

介 護 補 償 請 求 書				請求回数	第 回
(実施機関の職・氏名) 殿 下記の介護補償を請求します。			請求年月日 年 月 日		
			請求者の住所		
			ふ り が な 氏 名 (印)		
1 被災 職員に 関する 事項	所属部局		職 名		
	氏 名		年 月 日生 (歳)		
	負傷又は発病の年月日		年 月 日		
2	傷病等級又は 障害等級	<input type="checkbox"/> 傷病等級 (第 級 号) <input type="checkbox"/> 障害等級 (第 級 号)		3 年金証書の番号	第 号
	4 介護を要する状態の常時又は随時の別			<input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態	
5 請求 金額等	請求対象年月	介護費用を支出せずに 介護を受けた日の有無	介護費用として 支出した額	請 求 月 額	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円	
介護補償請求金額 (請求月額合計)			円		
6 介護を受けた場所		<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称:) 入院・入所期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
7 介護 に従 事し た者	氏 名	請求者との続 柄又は関係	請 求 者 が 介 護 を 受 け た 期 間		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
			年 月 日 ~ 年 月 日		
8 送金 希望 の 場合	振込先	銀行 支店		※受 理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定金額	円
	振込 口座 番号			※通 知	年 月 日
	振込 口座 名義			※支 払	年 月 日

[注意事項] 裏面参照

[注意事項]

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。また、該当する口に✓印を記入すること。
- 2 「5 請求金額等」の欄の「請求対象年月」、「介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無」、「介護費用として支出した額」、「請求月額」の項には、一の月ごとに記入すること。
なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 3 「7 介護に従事した者」の欄には、介護費用を支出せずに介護を受けた日がある場合に当該介護を行った者について記入すること。なお、当該欄が不足する場合には、別葉にしても差し支えないこと。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 障害を有することに伴う日常生活の状態に関する医師又は歯科医師の診断書（ただし、第2回目以後の請求において介護を要する状態の常時又は随時の別に変更がない場合には、省略することができるものであること。）
 - (2) 介護補償を受けようとする期間における介護の事実並びに当該介護に従事した者の氏名及び請求者との続柄又は関係を記載した書類（ただし、第2回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日があり当該介護を行う者が前回の請求における介護費用請求書に記載された者と変更がない場合で、当該月に係る介護補償の請求額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）
 - (3) 介護費用を支出して介護を受けた日がある場合にあっては、当該介護を受けた年月日及び時間並びに当該介護費用として一の月に支出した額を証明することができる書類（ただし、第2回目以後の請求において一の月に介護費用を支出せず介護を受けた日がある場合で、当該月に係る介護補償の請求月額が 円（随時介護を要する状態にあるときは 円）である月があるときには、その月に係る当該書類の添付を省略することができるものであること。）

第11号様式(第13条関係)

遺族補償年金請求書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の遺族補償年金を請求します。		請求年月日 年 月 日			
		請求者(代表者)の住所 氏名 職員との続柄			
1 死亡職員に関する事項	所属部局				
	氏名 年 月 日生				
	職 種				
	死亡年月日 年 月 日				
	厚生年金保険等の適用	<input type="checkbox"/>の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者であった。			
2 請求の事由		<input type="checkbox"/> 職員の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明			
3 請求者および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	備 考
4 既に遺族補償年金を受けているもの	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	備 考
5 遺族補償年金請求年額の計算		(補償基礎額) (乗すべき数) $\times \frac{1}{(\text{請求者の数})} =$ 円			
6 遺族補償年金請求金額		請求者が1人の場合または代表者を選任しない場合		円	
		代表者を選任した場合		$(5\text{の請求年額}) \times (\text{請求者の数}) =$ 円	
7 添付する書類その他の資料名					

8 送金希望の場合	振込先	銀行 支店	
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	振込口座	番号	名義

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※年金証書の番号	第 号
※支払開始年月	年 月
※決定金額	<input type="checkbox"/> 請求者1人の場合または代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「厚生年金保険法等の適用」の欄には死亡職員又は請求者が厚生年金保険法若しくは国民年金法又は旧船員保険法(国民年金法の一部を改正する法律(昭和 60 年法律第 34 号。以下「国民年金等改正法」という。))第 5 条の規定による改正前の船員保険法をいう。)旧厚生年金保険法(国民年金等改正法第 3 条の規定による改正前の厚生年金保険法をいう。)若しくは旧国民年金法(国民年金等改正法第 1 条の規定による改正前の国民年金法をいう。)の適用を受ける者であるときは「□の被保険者であった。」の□にレ印を記入するとともに、その適用を受ける法律の名称を記入すること。

なお、この請求書を提出するとき、既に当該遺族補償年金と同一の事由によって次の各号に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に係る年金の支給決定後に次の各号に掲げる年金の給付を受ける事となった場合には、速やかにその旨を書類で報告すること。

- (1) 国民年金等改正法附則第 87 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
 - (2) 国民年金等改正法附則第 78 条第 1 項に規定する年金たる保険給付に該当する遺族年金
 - (3) 国民年金等改正法附則第 32 条第 1 項に規定する年金たる給付に該当する母子年金、準母子年金、遺児年金又は寡婦年金
 - (4) 厚生年金保険法の規定による遺族厚生年金(以下単に「遺族厚生年金」という。)及び国民年金法の遺族基礎年金(国民年金等改正法附則第 28 条第 1 項の規定により支給される遺族基礎年金を除く。以下単に「遺族基礎年金」という。)
 - (5) 遺族厚生年金(当該補償の事由となった死亡について遺族基礎年金が支給される場合を除く。)
 - (6) 遺族基礎年金(当該補償の事由となった死亡について遺族厚生年金が支給される場合を除く。)又は国民年金法の規定による寡婦年金
- 3 「3 請求者及び遺族補償年金を受けられる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは請、その者が代表者であるときは代、その者が障害等級第 7 級以上の重度心身障害の状態であるときは重、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは色と明記すること。
 - 4 「4 既に遺族補償年金を受けているもの」の欄は、この記載の事由が職員の死亡以外の場合に記

入すること。

5 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に当該補償の事由となった職員の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われているときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は添付する必要がない。

(1) 職員の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他職員の死亡の事実及びその死亡が公務上の事由によるものであることを証明する書類又はその写し

(2) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名、本籍及び職員との続柄に関する市町村長又は区長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でもよい。)

(3) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が職員の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類

(4) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、職員の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類

(5) 請求者又は請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が障害等級第7級以上の重度心身障害者の状態にある者であるときは、その者が職員の死亡の当時から引き続きその重度心身障害者の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類及び資料

(6) 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類

(7) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所(第三者の氏名及び住所がわからないときはその旨)を記載した書類

(8) 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等、その者が代表者であることを認めることのできる書類、また代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類

6 「8 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。

第12号様式 (第13条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の遺族補償年金前払一時金を請求します。		請求年月日	年	月	日	
		請求者(代表者) の住所..... 氏名..... 死亡職員との続柄.....				
1 遺族補償年金前払一時金請求金額の計算	(補償基礎額)	(倍数)	$\times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} =$			円
2 遺族補償年金前払一時金請求額	受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合					円
	代表者を選任した場合	(1の計算額)	(受給権者の数)	$\times =$		円
3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額	年 月分から 年 月分まで					円
4 補償基礎額の1000倍に相当する額から3の額を差し引いた額						円
5 条例第4条第2項による通知を受けた年月日	年 月 日					

6 送金希望の場合	振込先	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	振込口座 番号		
	振込口座 名義		

※受理	年 月 日
※決定金額	<input type="checkbox"/> 請求者1人の場合または代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円
※通知	年 月 日
※支払	年 月 日
※年金証書の番号	第 号

第13号様式 (第13条関係)

遺族補償一時金請求書

(実施機関の職・氏名) .....殿 下記の遺族補償一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所 氏 名 職員との続柄 または関係		
1 死亡職員に関する事項	所属部局			
	氏 名		年 月 日生	
	職 種			
	死亡年月日 年 月 日			
2 遺族補償一時金請求額の計算	受給権者の氏名	生年月日	死亡職員との続柄または関係	
		(補償基礎額) (支給率) (支給された年金額の総計)		
		$(\quad \times 400 \times \frac{\quad}{100} - \quad)$		
		$\times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \quad \text{円}$		
遺族補償年金が支給されていた場合	年金の受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計	
			円	
			円	
			円	
総 計			円	
3 遺族補償一時金請求額		円		
4 添付する書類その他の資料名				
5 送金希望の場合	振 込 先	銀行	支店	
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	
	振込口座	番号		
		名義		
※受 理	年 月 日			
※決 定	年 月 日			
※支 払	年 月 日			
※決定金額	円			

第14号様式 (第13条関係)

葬 祭 補 償 請 求 書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の葬祭補償を請求します。	請求年月日	年	月	日	
	請求者の住所	.....		
	氏 名				ⓐ
	死亡職員との続柄又は関係	.....		
1 死亡 職に 関す 事項	組織団体名				
	氏 名				年 月 日生
	負傷又は発病の年月日	年	月	日	死 亡 年月日
2 葬祭 補償 請求 金額 の計 算	(A) (補償基礎額)				
	225,000 +	円	×	30	= 円
	(B) (補償基礎額)				
		円	×	60	= 円
	(C) (A)、(B)のうち高い金額	<input type="checkbox"/> (A)		<input type="checkbox"/> (B)	
3	葬祭補償請求金額				円
4	添付する書類その他の資料名				

5 送金 希望 の場 合	振 込 先	銀行	支店	※ 受 理	年 月 日	
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決定金額	円	
	振込 口座	番号			※ 通 知	年 月 日
		名義			※ 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。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「4 送金希望の場合」の欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 3 この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付すること。

第15号様式 (第13条関係)

未支給の補償請求書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の未支給の補償の支給を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所 氏 名 死亡した受給権者との続柄	
1 死亡した受給権者	氏 名		
	死亡年月日	年 月 日	
2 未支給の補償の種類		(年金たる補償のときは) 第 号 年金証書の番号	
3 未支給の補償請求額		円	
4 添付する書類その他の資料名			

5 送金希望の場合	振込先	銀行 支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日
	振込口座	番 号	※支払	年 月 日
		名 義	※決定金額	円

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「5 送金希望の場合」欄は、当該補償の支給が決定されたとき、その支払い方法について銀行送金を希望する場合に記入すること。
- 3 この請求書には、次に掲げる書類又は資料を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償と併せて、遺族補償を請求する場合には、当該遺族補償を請求するために提出すべき書類又は資料については、添付する必要はない。
 - (1) 死亡受給権者の死亡診断書は、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
 - (2) 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
 - イ 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関し、市町村長又は区長の発行する証明書(戸籍謄本又は抄本でもよい。)
 - ロ 請求者が死亡受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを認めることのできる書類
 - ハ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、死亡受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあったものであるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (3) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
 - (4) 死亡受給者が、この請求に係る未支給の補償分についてまだ請求していなかったときは、その請求を行うこととした場合に必要な書類その他の資料

第16号様式 (第16条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関の職・氏名) 殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の 支給停止を申請します。	申請年月日 年 月 日				
	申請者の年金 証書の番号 第 号 住 所 氏 名 生 年 月 日 年 月 日 所在不明者 と の 続 柄				
1	所在不明者	年金証書の番号 第 号 氏 名 最 後 の 住 所 所在不明となった 年 月 日 年 月 日 所在不明の事由			
2	申請者の同順位者	氏 名	住 所	年金証書の 番 号	所在不明者 と の 続 柄
3		添付する書類その他の資料名			
※ 受 理		年 月 日	※ 決 定 内 容		年 月 分 から 停 止
※ 決 定		年 月 日			

〔注意事項〕

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入する必要はない。
- 3 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者と同順位者があるときについて記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入を要しない。
- 4 この申請書には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

第18号様式 (第17条関係)

	<p style="text-align: right;">第 号</p> <p style="text-align: center;">公 務 災 害 補 償 年 金 証 書</p>
--	--

(4)

(1)

<p>受給権者の氏名 _____ 年 月 日生</p> <p>補償の種類 _____</p> <p>支給開始年月 _____ 年 月 日</p> <p>東京都市町村職員退職手当組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により上記のとおり支給します。</p> <p>(実施機関の職・氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>	<p style="text-align: center;">〔 注 意 事 項 〕</p> <p>(別記のとおり)</p>
---	--

(2)

(3)

〔注意事項〕

- 1 この証書は、東京都市町村職員退職手当組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例(以下「条例」という。)によって障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから大切に保管してください。
- 2 この補償は、毎年3月、6月、9月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。
- 3 次の場合に該当することとなったときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を実施機関に届け出るとともに、併せてこの証書を提出してください。
 - (1) 氏名又は住所を変更した場合
 - (2) この年金と同一の事由によって現に支給されている国民年金法等の一部を改正する法律(昭和60年法律第34号)附則第87条第1項、同法附則第78条第1項若しくは同法附則第32条第1項の規定による年金の額が変更され、若しくはその支給を受けられなくなった場合又は厚生年金保険法若しくは国民年金法の規定による年金の支給を受けることとなった場合、その額が変更された場合又はその支給をうけられなくなった場合
 - (3) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあった場合
 - (4) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
- 4 この補償を受ける権利は、譲り渡したり、担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 この請求書を亡失したり損傷したときは再交付を実施機関に請求してください。また、証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 6 あらかじめ実施機関からその必要がないと通知された場合を除き、毎年2月1日から同月末日までの間に、実施機関に対し障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 7 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
 - (1) 障害補償年金の場合
 - イ 受給権者が死亡した場合
 - ロ 条例別表の障害の等級の第7級以上に該当しなくなった場合
 - (2) 遺族補償年金の場合
 - イ 受給権者が死亡した場合
 - ロ 受給権者が婚姻(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。)をした場合

- ハ 直系血族又は直系婚姻以外の者の養子(届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。)となった場合
 - ニ 離縁によって死亡した職員との親族関係が終了した場合
 - ホ 受給権者が死亡した職員の子、孫又は兄弟姉妹であるときはその者が 18 歳に達した場合(その者が職員の死亡の時から引き続き条例別表に定める第 7 級以上の重度心身障害の状態にある場合を除く。)
 - ヘ 条例別表に定める第 7 級以上の重度心身障害状態にあることにより受給権者となっているものがその状態でなくなった場合
- 8 実施機関又は審査会から報告又は出頭等を求められたとき、その報告をせず、若しくは虚偽の報告をし、文書その他の物件を提出せず、又は医師の診断を拒んだ者は、条例第 31 条の規定により、20 万円以下の罰金に処せられます。

第19号様式（第20条関係）

障害の現状報告書（傷病補償年金）

<p>(実施機関の職・氏名)</p> <p style="text-align: right;">殿</p> <p>.....</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 ⑩</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
4	傷病の状況		
5	日常生活の概要		
6 厚生年金保険等の受給関係	当該障害に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の年額	支給されることとなった年月
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金	円	年 月
	<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。)	年金証書の記号 番号	所轄社会保険事務所等
	<input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金		
※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)			

〔注意事項〕

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。

※

7 医師の証明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の過程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ください。
(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 | 理由 | |
| ② 食事 | <input type="checkbox"/> 全く自由を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によつてできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | | 理由 |
| ③ 用便 | <input type="checkbox"/> 全く自由を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によつてできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | | 理由 |
| 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 | 理由 | |
| 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志を通じあうことができる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 | |

(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

Ⓔ

第20号様式（第20条関係）

障害の現状報告書（障害補償年金）

<p>(実施機関の職・氏名)</p> <p style="text-align: center;">..... 殿</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者の住所</p> <p style="text-align: right;">ふ り が な 氏 名 (印)</p>			
1 年金証書の番号	第 号		
2 治ゆ年月日	年 月 日		
3 障害等級	第 級		
4 障害の状況			
5 日常生活の概要			
6 厚生年金保険等の受給関係	当該障害に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の年額	支給されることとなった年月
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金	円	年 月
	<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。)	年金証書の記号番号	所轄社会保険事務所名等
	<input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金		
※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)			

※

7 医師の証明 { 器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(2)の欄について記入してください。}

(1) 障害の種類

(2) 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ください。
(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 | } | 理由 |
| ② 食 事 | <input type="checkbox"/> 全く自由を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | } | 理由 |
| ③ 用 便 | <input type="checkbox"/> 全く自由を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | } | 理由 |
| 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 | } | 理由 |
| 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志を通じあうことができる
<input type="checkbox"/> 支障がない | } | 理由 |

(3) 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

Ⓔ

[注意事項]

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 身体障害の状況」の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。

第21号様式 (第20条関係)

遺 族 の 現 状 報 告 書

<p>(実施機関の職・氏名)</p> <p style="text-align: center;">..... 殿</p> <p>下記のとおり遺族の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者(代表者)の第 号 年金証書の番号</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏 名</p>						
1 死亡職員の氏名		(死亡年月日 年 月 日)				
2 受給権者およ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 厚生年金保険法等の受給関係	当該死亡に関して支給されている年金の種類		支給されている年金の額	支給されることとなった年月		
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の <input type="checkbox"/> 母子年金 <input type="checkbox"/> 準母子年金 (母子福祉年金) (準母子福祉年金) (を除く) (を除く) <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金 <input type="checkbox"/> 議員共済年金		円	年 月		
			年金証書の記号番号	所轄社会保険事務所等		
4 添付する書類その他の資料名						

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 受給権者が2人以上あるときで、そのうちの1人を代表者として選任し、その者が当該遺族補償年金の支給を代表して受けている場合には、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。
- 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付するものとする。
 - (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戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市町村長又は区長の発行する証明書
 - (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のうち、重度心身障害の状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる遺族である者については、その重度心身障害の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類及び資料
 - (3) 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、その事実を認めることのできる書類

第22号様式 (第31条関係)

災 害 補

通知年月日		年 月 日		生 の 状 況	災害発生時の従事 職務・認定理由等
被災職員に 関する事項	ふりがな氏名	□男 □女			傷病名・傷病の部位 及び程度
	生年月日	年 月 日生 (歳)			傷病等級 該当年月日
	住 所				治 ゆ 年 月 日
	所 属 部 局				死 亡 年 月 日
	職 名				補 償 基 礎 額
	退職年月日	年 月 日			故意の犯罪行為 等による制限の 有無及び制限期間
災害発生の日 時		年 月 日 (曜) 午 前 後 時 分 ごろ		傷 病 補 償 年 金	
災 害 発	災害発生 の 場 所	□施設外 □施設内 { □勤務先 □その他		障 害 補 償	
	事故の態様	□事故 { □交通事故 □その他 □その他			

償 記 録 簿

	遺族	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金		
		<input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 条例附則第3条の一時金額 円 (年 月から 年 月まで) <input type="checkbox"/> 一時金額 円		
年 月 日	補償	年 月 日 支給決定 支 払		
年 月 日		受給権者	氏 名 死亡職員との続柄又は関係	
年 月 日				
金額 円 年 月 日決定				
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	葬祭補償	金額 円		
年 月 日から 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償		年 月 日支払		
第 級 号		葬祭を行った者の氏名及び死亡職員との続柄又は関係		
年金額 円	第三者加害行為	<input type="checkbox"/> 同僚加害 <input type="checkbox"/> 同僚加害以外 <input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償 <input type="checkbox"/> 一部補償		
年 月 日支給決定		条例附則第5条による調整関係	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金(障害福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金	
<input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金			支給されている年金の年額 円	
第 級 号 <input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重	支給開始年月 年 月			
<input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 一時金額 円	年金証書の記号番号 第 号			
年 月 日 支給決定 支 払	備考	所轄社会保険事務所名等		

災害補償記録簿

(裏)
2号紙 (表)
2号紙 (裏)

療 養 補 償				休 業 補 償						介 護 補 償				
支 払 年 月 日	診 療 期 間	診 療 実 日 数	支 払 金 額	支 払 年 月 日	診 療 期 間	休 業 実 日 数	補 償 基 礎 額	支 払 金 額	備 考	支 払 年 月 日	支 給 に 係 る 月	常 時、 随 時 の 別	支 払 金 額	備 考
年 月 日	自 至	日	円	年 月 日	自 至	日	円	円		年 月 日	自 至		円	
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
累 計				累 計						累 計				

災害補償記録簿3号紙 第三者加害求償

災害発生年度		年度					
被災職員	氏名			加害者等	住所		
	所属局				氏名		
	災害の種類等	<input type="checkbox"/> 負傷	<input type="checkbox"/> 疾病		<input type="checkbox"/> 死亡	<input type="checkbox"/> 障害	発生
加害の状況			住所				示談
			氏名				
			住所				
			氏名				
			住所				
			交渉状況等				
過失割合		(被) :	(加)				
自賠責保険等	加害者	契約先		備考			
		証明書番号					号
	被害者	契約先					
		証明書番号					号

〔記入要領〕

I 災害補償記録簿（表面）

- 1 この記録簿は、職員の災害が公務上のものであると認定された場合に作成し、補償が完結するまで順次必要事項を記入するものとする。
- 2 「所属部局」の欄には、職員が災害を受けた当時の所属部課及び係名を記入すること。
- 3 「職名」の欄には、職員が受けた当時の職名を、例えば議会議員、公平委員会委員、〇〇審査会委員とすること。
- 4 「第三者加害行為」の欄には、第三者の加害行為によって災害が発生した場合に該当する□にレ印を記入すること。
- 5 「補償基礎額」の欄には、最初に決定した補償基礎額とその決定年月日を記入すること。
- 6 「故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間」の欄には、故意の犯罪故意又は重大な過失の有無について該当する□にレ印を記入し、故意の犯罪行為又は重大な過失がある場合には、流用を開始し日から起算して3年の期間の満了する日を記入すること。制限を受ける補償に種類については、該当する□にレ印を記入すること。
- 7 「傷病名、傷病の部位及び程度」の欄には、災害発生時の傷病名及び傷病部位並びに当該傷病に起因して二次的に発生した公務上の傷病がある場合には、その傷病名及び傷病部位を記入すること。
- 8 「障害補償」の欄には、次のように記入すること。
 - (1) 補償に種類については、該当する□にレ印を記入すること。
 - (2) 等級については、条例別表の等級欄に規定する等級及び同表の身体障害欄に規定する番号を記入し、等級が同表で例によることとされている地方公務員災害補償法(以下「法」という。)備考6により決定された場合には、「準用」の□に、等級が条例第9条の規定によりその例によることとされる法第29条第3項により決定された場合には、「併合繰上げ」の□に、同条第5項により障害補償を行った場合には、「加重」の□にレ印を記入すること。
 - (3) 金額については、年金の場合は、「年金額」の□にレ印を記入し、その年額を記入し、一時金の場合は「一時金」の□にレ印

を記入し、その金額を記入すること。

(4) 支払決定又は支払の年月日については、年金の場合は支給を決定した年月日を、一時金の場合は支出を決定した年月日を記入すること。なお、「遺族補償」の欄中の支給決定又は支払の年月日の記入についても同様する。

9 「葬祭補償」の欄中の支払年月日については、支出を決定した年月日を記入すること。

II 福祉施設記録簿(裏面)

1 この記録簿は、福祉施設の実施について承認した場合に記入する。

2 「実施内容」の欄には、実地の目的、その内容、施設名等を簡潔に記入すること。

3 「支払金額」の欄には、支払を受けた金額を記入すること。

4 「支払年月日」の欄には、支出を決定した年月日を記入すること。

5 「備考」の欄には、施設の所在地、旅行区間、外科後処置を行った場合の症状の経過等必要な事項を記入すること。

第23号様式 (第31条関係)

災害発生年度		年度	職名	福祉事業記録簿		
申請者の 氏名等	年 月 日生	被災職員との 続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 遺族	治癒年月日	年 月 日	障害補償 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 (第 級)
申請者の 住所			申請者が遺族の 場合被災職員の 死亡年月日	年 月 日		
種 類	実 施 内 容		支 払 金 額	支 払 年 月 日	備 考	
			円	年 月 日		
外 科 後 処 置				. .		
補 装 具				. .		
リハビリテーション				. .		
アフターケア				. .		
休 業 援 護 金				. .		
在宅介護を行う介護人の派遣				. .		
奨 学 援 護 金				. .		
就 労 保 育 援 護 金				. .		
傷 病 特 別 支 給 金				. .		
障 害 特 別 支 給 金				. .		
遺 族 特 別 支 給 金				. .		
障 害 特 別 援 護 金				. .		
遺 族 特 別 援 護 金				. .		
傷 病 特 別 給 付 金				. .		
障 害 特 別 給 付 金				. .		
遺 族 特 別 給 付 金				. .		
障 害 差 額 特 別 給 付 金				. .		
長期家族介護者援護金				. .		

12 送金希望 の場合	振 込 先		銀行	支店	
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		
	振込 口座	番号			
		名義			

福祉事業記録簿

{ 2号紙 (表)
2号紙 (裏)
(裏)

支 払 年 月 日	種 類	支 払 金 額	備 考	支 払 年 月 日	種 類	支 払 金 額	備 考
年 月 日 · ·		円		年 月 日 · ·		円	
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				· ·			
· ·				累 計			

第24号様式 (第31条関係)

傷病補償年金記録簿

受給権者の氏名		年金証書の番号 第 号		故意の犯罪行為等による 制限の有無及び制限期間		<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで			
受給権者の住所				条例 附則 第8条 による 調整 関係	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金				
傷病等級	第 級 (年 月 日決定)		支給されている年金の年額						
	第 級 (年 月 日決定)		円						
	第 級 (年 月 日決定)		支給開始年月						
支給開始年月		年 月			年 月				
傷病の名称、部位及びその状態				年金証書の記号番号					
				第 号					
				所轄社会保険事務所名等					
傷病補償年金の年額	支給年月	補償額	条例第12条による年金額	条例附則第8条による調整又は制限後の年金額	傷病補償年金の年額	支給年月	補償額	条例第12条による年金額	条例附則第8条による調整又は制限後の年金額
	年 月から	円	円	円		年 月から	円	円	円
	年 月から					年 月から			
	年 月から					年 月から			
	年 月から					年 月から			
振込先金融機関名		銀行 支店		備考					
口座番号									

傷病補償年金記録簿 { (裏)
2号紙 (表)
2号紙 (裏)

支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考
年月～年月分	年 月 日 . .	円		年月～年月分	年 月 日 . .	円	
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
	. .			累 計			

障 害 補 償 年 金 記 録 簿

受給権者の氏名		年金証書の番号 第 号		故意の犯罪行為等による 制限の有無及び制限期間		<input type="checkbox"/> 有 年 月 日から <input type="checkbox"/> 無 年 月 日まで			
受給権者の住所				条例 附則 第8条 による 調整 関係	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金（障害福祉年金を除く。） <input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金				
障 害 等 級	第 級（ 年 月 日決定）		支給されている年金の年額						
	第 級（ 年 月 日決定）		円						
	第 級（ 年 月 日決定）		支給開始年月						
支給開始年月		年 月			年 月				
障害の部位及びその程度				年金証書の記号番号					
				第 号					
所轄社会保険事務所名等									
障害 補償 年金 の 年額	支 給 年 月	補 基 礎 償 額	条例第13条に よる年金額	条例附則第8条 による調整又は 制限後の年金額	障 害 補 償 年 金 の 年 額	支 給 年 月	補 基 礎 償 額	条例第13条に よる年金額	条例附則第8条 による調整又は 制限後の年金額
	年 月 から	円	円	円		年 月 から	円	円	円
	年 月 から					年 月 から			
	年 月 から					年 月 から			
	年 月 から					年 月 から			
振込先金融機関名		銀行 支店		備 考					
口 座 番 号									

障害補償年金記録簿 { (裏)
2号紙 (表)
2号紙 (裏)

支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考
年月～年月分	年 月 日	円		年月～年月分	年 月 日	円	
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
	. .			累 計			

遺族補償年金記録簿

遺族補償年金受給資格者	氏名	生年月日	住所		死亡職員との続柄	受給資格に変動を生じた年月日	その事由	年金証書の番号	条例附則第8条による調整関係 <input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の <input type="checkbox"/> 母子年金（母子福祉年金を除く。） <input type="checkbox"/> 準母子年金（準母子福祉年金を除く。） <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金 支給されている年金の年額 円 支給開始年月 年 月 年金証書の記号番号 第 号 所轄社会保険事務所名等		
						年 月 日		第 号			
						・		第 号			
						・		第 号			
						・		第 号			
						・		第 号			
						・		第 号			
遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	乗ずべき数	条例第17条による年金額	条例附則第8条による調整後の年金額	遺族補償年金の年額	支給年月	補償基礎額	乗ずべき数	条例第17条による年金額	条例附則第8条による調整後の年金額
	年 月から	円		円	円		年 月から	円		円	円
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
	年 月から						年 月から				
振込先金融機関名		銀行			支店	備考					
口座番号											

遺族補償年金記録簿 { (裏)
2号紙 (裏)
2号紙 (表)

支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考	支給に係る月	支払年月日	支払金額	備考
年月～年月分	年 月 日 . .	円		年月～年月分	年 月 日 . .	円	
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
		
	. .			累 計			

