

第二部

請求書の記載例

第1章 認定請求書等

1 認定請求書の記載方法（様式第1号，第2号，第2号の2）

記 載 欄	記 載 方 法
あ て 名	地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長
請 求 年 月 日	認定請求書を所属長に提出する日
1 被災職員に関する事項 所 属 団 体 名 所 属 部 局 ・ 課 ・ 係 名 共 済 組 合 員 証 ・ 健 康 保 険 組 合 員 証 記 号 番 号 職 名 常 勤 常 勤 的 非 常 勤 災 害 発 生 の 日 時 災 害 の 発 生 の 場 所 傷 病 名 傷 病 の 部 位 及 び そ の 程 度	被災職員が被災当時所属していた地方公共団体名 被災職員が被災当時所属していた部局課係名・学校名・警察署名等 （現在の所属が被災時と異なる場合は，括弧で現在の所属を追記） 該当のものを○で囲み，記号番号を記入する。 職員が災害を受けた当時の職名。たとえば自動車運転手，作業員， 消防士，巡査，用務員，主事，教諭等と記入する。 常勤，常勤的非常勤の区分は次により該当する□に✓印を付する。 <input type="checkbox"/> 常勤……常時勤務に服することを要する者 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤…（P2参照のこと） 負傷した日（負傷の原因となった事故の発生した日） 疾病の場合は医師の診断によって発症が確定した日 負傷した場所（負傷の原因となった事故の発生した場所） 疾病等で場所がわからない場合は不明と記入する。 診断書に記載された傷病名 診断書に記載された傷病部位及び療養見込期間 （例：右手，左足首，2週間の通院加療）
2 災害発生の状況（等）	具体的に詳しく記入する。（記入しきれない場合は，別紙を用いて記入する。）※災害発生状況の記入の仕方を参照のこと
3 所属部局の長の証明	1及び2に記入されたことを所属部局の長（被災職員の監督者たる課長以上の職又はこれに相当する職にある者（所属部局の長が被災職員の場合はその上司）。事務所長，学校長，警察署長等）が，その事実を調査し証明する。
4 添付する資料名	添付に必要な資料名の□に✓印を付する。 その他の欄は，添付する資料名を記入する。
5 任命権者の意見	公務上の災害であるかどうか，あるいは通勤による災害であるのかどうかの意見を記入する。 （例）○本事案は…の理由により公務上の災害と認められる。 ○本事案は… 〃 公務上の災害とは認められない。 ○本事案は… 〃 通勤による災害と認められる。 ○本事案は… 〃 通勤による災害とは認められない。 ○本事案が公務上の(通勤による)災害であるかどうか判断で

記 載 欄	記 載 方 法
	<p>きない。</p> <p>□欄には、被災職員について、下記の9職種の区分番号を記入すること。</p> <p>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</p> <p>□□欄には、被災職員について、下記の16職種の区分番号を記入すること。</p> <p>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・寄宿舍指導員等 06船員 07土木技師・農林水産技師・建築技師 08調理員 09運転手・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</p>

※ 災害発生状況の記入のしかた

認定請求書の記載部分のうち、最も重要な部分は「災害発生の状況」欄であり、これをもとにして支部長は公務上の災害か、あるいは通勤による災害かどうかを審査します。

これはあくまでも、事実を記載する必要がある、ありのままの事実を具体的に、「いつ」、「どこで」、「どのような仕事を」、「どのようにして実施して」、「どのようなことが発生して」、「体がどのように動き」、「どのような災害を受けたか」を詳しく記載していただきます。

なお、文書で表現しにくい分については、図や写真を添付して説明してください。

災害のうち「負傷」の場合は、大抵請求書の該当欄に十分記入できると考えられます（不足する場合は別紙を用いること。）が、「疾病」の場合、特に心臓脳血管疾患、精神疾患等の場合には、公務に起因して発病したかが認定の重点とされ、通常の業務と比較して発症前の業務がどの程度過重であったのか、職員のもっていた身体的要因（素因、既往歴）はどの程度のものではあったのか、などが問題とされます。その場合には、その発症の日における職員の勤務状況を中心として、これに引き続く過去にさかのぼった職員の勤務状況をありのままに、そして時間的、質的、量的に表す必要がありますので、別紙を用いるなどして詳しく記載してください。

なお、別紙を用いる場合は、別紙に請求者の氏名を記入してください。

2 認定請求書添付資料一覧表

区分		添付書類	※ 医 師 等 の 診 断 書	災害発生状況に関する資料						
				※ 現 認 書 又 は 事 実 調 査 書	※ 被 災 現 場 付 近 の 見 取 図 及 び 図	※ 負 傷 部 位 図	交 通 事 故 証 明 書 (自動車安全運転センター発行)	※ 事 故 発 生 状 況 報 告 書	※ 腰 痛 症 発 生 状 況 報 告 書	※ 頸 痛 症 発 生 状 況 報 告 書
				70	71, 80	72	73	82	83	76
公 務 場 合	負 傷 の 場 合	(1) 勤務時間中 一般負傷	○	○	○	○	交通事故の場合は必ず添付すること。	(○)	(○)	
		(2) 時間外（休日）勤務中	○	○	○	○		(○)	(○)	
		(3) 通勤途上	○	○	○	○		(○)	(○)	
		(4) 出張（外勤）中	○	○	○	○		(○)	(○)	
		(5) レクリエーション参加中	○	○	○	○		(○)	(○)	
		(6) 訓練中	○	○	○	○		(○)	(○)	
害 (P67)	疾 病 の 場 合	(1) 一般疾病	○	○	○	○				
		(2) 心臓脳血管疾患	○	○	○	○				
		(3) 自殺・ 精神疾患	○	○	○					
		(4) 腰痛症・ 頸痛症	○	○	○	○			○ ○	
通 勤 災 害 (P77)			○	○	○	○		(○)	(○)	

- (注) 1. (○) は必要に応じて添付して下さい。なお※印は支部様式が定まっているものです。
 2. 疾病、死亡事案の添付書類は事前に基金支部に相談してください。
 3. 診断書の初診日と、災害発生日が異なる場合には、認定請求書にその理由を記入してください。
 4. 写しの場合は、所属長等の原本証明を受けてください。

職務遂行・通勤経路等に関する資料					そ の 他					備 考
※ 担当職務及び勤務時間証明書	出勤簿 (写)	出張(外勤)命令簿 (写)	通勤届 (写)	経路図 (市販地図等)	※ 同意書 (1部)	※ 第三者加害報告書	※ 念書(兼同意書)	示談書 (写)	※ 免責報告書 〔報告書と同時 原則として治ゆ〕	
74				81	75	84~86	87	137~141		
○	○				○	第三者加害事案の場合は必ず添付すること。		第三者加害事案で「示談」後、提出すること。		<ul style="list-style-type: none"> 学校職員の負傷の場合は、学校職員の事故報告書を添付すること。 部活動に係る災害については年間練習計画書、部活動顧問一覧表、教員特殊業務確認簿等 針刺し事故の場合は、患者・被災職員の血液検査結果を添付すること。
○	○			○	時間外勤務命令簿					
○	○		○	○						
○	○	○		○	年間レクリエーション行事計画書、実施計画書、実施の通知文、その他実施資料					
○	○			○	訓練実施計画書、時間割表、その他実施資料					
○				○						
○				○	P66参照					
○				○	P66参照					
○				○	P66参照					
○	(○)		○	○	出勤簿(写)は退勤途上の災害の場合添付すること。					

5. 上記のほか認定上必要と認められる資料を追加提出してもらった場合があります。

6. 腰痛症、頸痛症発生状況報告書は、その部位に応じて提出してください。

7. 第三者加害事案で、基金による補償を先行して希望する場合、補償先行申出書、確約書(提出不能の場合(同僚加害事案や加害者不明事案等を除く。))は、「確約書提出不能理由書」及び交渉経過報告書を提出してもらった場合があります。

3 認定請求書添付資料詳細

次の表に記載のもの以外にも必要に応じて関係資料を補完してください。

災害態様		書 類
負	共	1 医師等の診断書 2 現認書又は事実調査書 3 被災態様及び現場付近の見取図 4 負傷部位図 5 負傷部位によっては腰痛症又は頸痛症発生状況報告書 6 担当職務及び勤務時間証明書 7 同意書 8 その他必要と認められる資料（交替制勤務の場合は勤務割表）
	通	
傷 の 場 合	第 三 者 交 通 事 故 の 場 合	1 第三者加害報告書 2 念書（兼同意書） 3 交通事故証明書（自動車安全運転センター発行のもの） 4 事故発生状況報告書 5 通勤届（写） 6 経路図（出発地，目的地，発生場所を朱書） 7 その他必要と認められる資料
	そ の 他	1 第三者加害報告書 2 念書（兼同意書） 3 その他必要と認められる資料
	訓 の 練 場 中 合	1 訓練実施に関する文書の写し（年間，月間実施計画，時間割表を含む。） 2 その他必要と認められる資料（実施要領，参加者名簿等）
合	レ ク リ エ ー シ ョ ン 参 加 中 の 場 合	1 年間レクリエーション計画（起案文書の写し等） 2 当該レクリエーション計画の実施に関する通知文書の写し 3 任命権者が直接実施しない場合は，開催権限の委任，承認規定（通知）の写し 4 選手の選出方法に関する証明書及び選手名簿の写し（対抗試合の場合） 5 開催責任者に対する選手名の通知文書の写し（代表選手の場合） 6 その他必要と認められる資料 (1) プログラム (2) 共催団体がある場合には，その団体の性格（条例・規則上の性格）及び当該団体の計画・実施の関与状況，役割分担を詳記した資料等 (3) 対象者数，参加者数（応援者も含む。） (4) 予算書

災害態様		書	類
疾病の場合	心臓 脳血管疾患	P63～64の資料のほか、「心・血管疾患及び脳血管疾患の公務起因性判断のための調査事項」(P121～125参照)に基づき必要な資料	
	自殺・精神疾患	P63～64の資料のほか、「精神疾患等の公務起因性判断のための調査要領」(P126～130参照)に基づき必要な資料	
	腰痛症・頸痛症	P63～64の資料のほか、災害発生状況を詳細に記した資料、勤務状況・作業環境に関する資料など	
	その他	P63～64の資料のほか、災害発生状況を詳細に記した資料、勤務状況・作業環境に関する資料など	

4 公務災害認定請求

～仕事中に事故が発生したら～

(事例) 清掃員の業務中の事故→公務災害の申請

運転手1名、清掃員2名によりゴミ収集作業中、清掃員の1人がゴミ袋の中のガラスにより、
拇指を負傷したもの。(右拇指切創)

(提出書類等)

- ① 認定請求書 (P68～P69)
 - ② 診断書 (P70) → 認定請求書の傷病名と一致していることをチェック
 - ③ 現認書 (P71) → 目撃者がいる場合
又は事実調査書 (P80) → 目撃者がいない場合
 - ④ 被災態様及び現場付近の見取図 (P72)
 - ⑤ 負傷部位図 (P73)
 - ⑥ 担当職務及び勤務時間証明書 (P74)
 - ⑦ 同意書 (P75)
- ◎ 傷病名に腰痛関連が含まれている場合など
腰痛症発生状況報告書 (P76)

できるだけ具体的に「いつ、どこで、何を、どうしていたところ、どのようなことが発生し、体がどのように動いて、どのように負傷し、又は発病したか」などを詳細にありのまま記入すること。

2 災害 発生 の 状 況	私は、通常ゴミ収集車に乗り、じん芥収集作業に従事しております。	通常の業務を明記する。
	作業は1人が収集車を運転し、ゴミ収集所においては、他の2人がじん芥を収集車に積み込んでおり、1日の収集回数は午前1回、午後1回の計2回です。	
	被災当日は運転手の〇〇と清掃員の鹿島一郎、それに私の3人で廃棄物の収集を行っていました。	当日の業務を明記する。
	午前〇時〇分頃〇〇市〇〇町〇〇番地の〇〇たばこ店前の路上に出されていた廃棄物をゴム手袋を着用し、収集車に積み込んでいた最中、ビニール袋の縛り口付近を右手でつかんで持ち上げた時、右手拇指に痛みを感じました。	災害発生前の状況を明記する。
	よく見ると、ビニール袋からガラスの破片が突き出ており、右手の拇指の上から3分の1ほどの部分が約3センチメートルにわたって切れ出血していました。	災害発生時の状況・発生原因を明記する。
	直ちに近くの〇〇病院へ行き治療を受けました。	災害発生後の状況を明記する。災害発生日と受診日が異なるときはその理由を明記する。
	被災職員が所属長の場合はその上司	

*3 所属の部証明の

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。←

令和〇年〇月〇日

請求年月日以後です。

所在地 〇〇市〇〇町〇番〇号

所属部局の 名称 〇〇市環境事業部清掃課

長の職・氏名 課長 日本 一郎

所属長(被災職員が所属長の場合は、その上司)は、1、2について調査し証明する。

4 添付する資料名

診断書 現認書又は事実証明書 被災態様及び現場付近の見取図 負傷部位図 担当職務及び勤務時間証明書 同意書 交通事故証明書 事故発生状況報告書 通勤届の写 経路図 第三者加害報告書 念書(兼同意書) 時間外勤務命令簿の写 出勤簿の写 関係規程 定期健康診断記録簿の写 既往歴報告書 X線写真 写真 示談書 その他

*5 任命権者の意見

7 1 5

本件は通常割り当てられた職務である、じん芥収集作業従事中に生じた災害であり、公務に起因して発生した災害であると考えます。

令和〇年〇月〇日 ← 所属長の証明年月日以後です。

任命権者の職・氏名 〇〇市長 〇〇〇〇

注意事項の5により職種番号を記入してください。

注意事項の6により職種番号を記入してください。

災害が公務によるものであるかどうかについて任命権者の意見を必ず付すこと。

必ず記入のこと	任命権者の意見欄を記入された担当職員名			
	課名	〇〇〇〇課	氏名	〇〇〇〇
	電話	(市外局番) 〇〇〇	(局番) 〇〇〇	(内線) 〇〇〇〇

診 断 書

疾病及び腰部、頸部の負傷については、全項目について必ず記入してください。
上記以外の負傷については8・9は記入の必要はありません。

1 氏 名	鹿兒島 太 郎 昭和 平成 ○○年 ○ 月 ○ 日生 (○○歳)		
2 負傷及び発症 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	3 初診年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
4 傷 病 名	右 拇 指 切 創		
5 上記4の傷病 と診断した根拠 (検査成績を含む)	○○○		
6 治 療 内 容 (見 込)	○○○		
7 療養見込期間	入院の要否 (要・ <input checked="" type="radio"/> 否)		
	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		日間
	通院 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日から 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日まで		約1週間 日間
8 上記7のうち 急性症状の消退 する時期	令和 年 月 日頃には、急性症状は消退する。		
9 被災職員の素 因の有無とその 状況 (既往歴も 含む)	○○○		
備 考 [後遺障害の見 込み等]			
医師又は歯科 医師の診断	上記のとおり診断する。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 <div style="display: flex; align-items: center;"> { <div style="margin-left: 5px;"> 医療機関名 ○○病院 所在地 ○○市○○町○○番地 氏 名 甲 野 乙 郎 </div> </div>		

現 認 書

被災職員	氏 名	鹿 児 島 太 郎
	所 属 団 体	〇〇市
	所 属 部 局, 職	環 境 事 業 部 清 掃 課 清 掃 係 清 掃 員
災害発生状況	日 時	令 和 〇 年 〇 月 〇 日 午 前 〇 時 〇 分 ご ろ
	場 所	〇〇市〇〇町〇〇番地先路上
	状 況	<p>私は、上記日時、場所で鹿児島太郎氏と一緒に廃棄物を収集車に積み込んでいました。</p> <p>その際、私の隣で廃棄物を積み込んでいた鹿児島太郎氏が「痛い」と叫んだので横を向いたら、右手に持っていたビニール袋から突き出したガラスの破片で切ったらしく、右手拇指から出血していました。</p> <p>そのため直ちに近くの〇〇病院へ連れて行って治療を受けさせました。</p>
現認者 (同僚職員以外でも可)	住所または所属部局名	環 境 事 業 部 清 掃 課 清 掃 係
	職 業 (職 種)	清 掃 員
	氏 名	鹿 島 一 郎

できるだけ具体的に記載すること

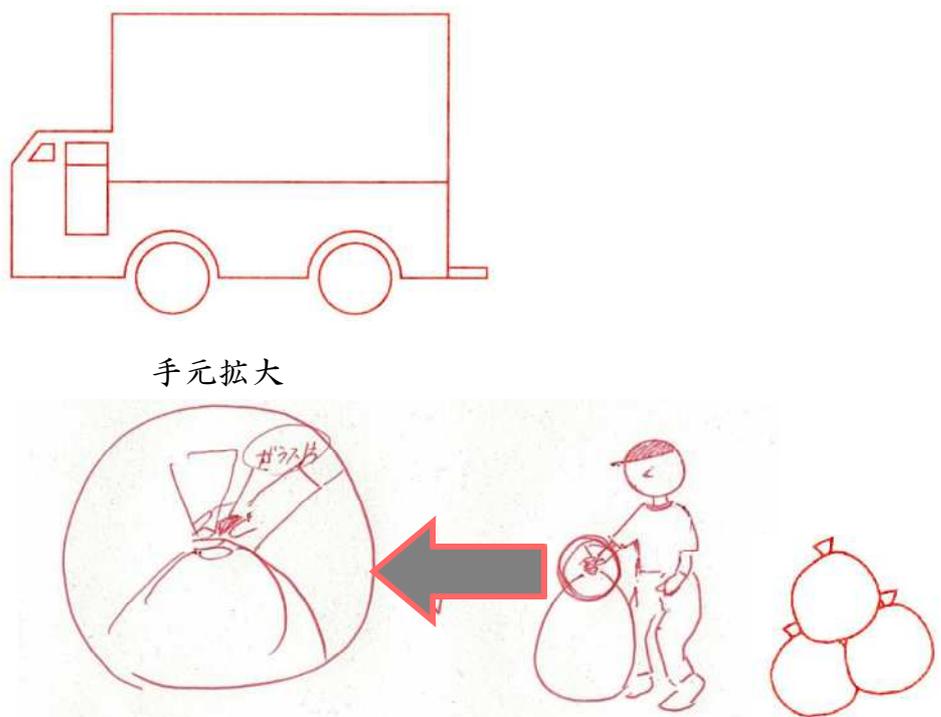
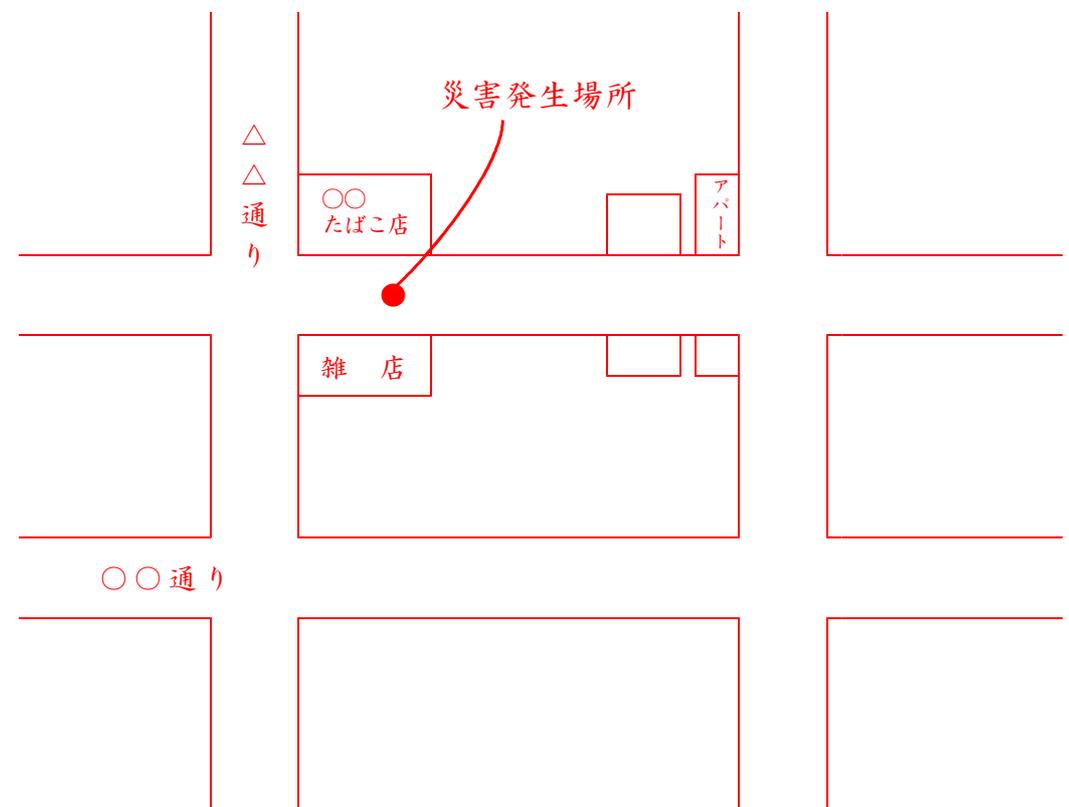
現認者の所属・職・氏名を記入すること。

(注) この現認書は災害の目撃者から作成してもらうこと。ただし目撃者がいない場合はその状況を調査した者から「事実調査書」を作成してもらうこと。

※ 目撃したままの状況を目撃者の見たままで記入すること。

発生状況がわかるように詳細に記入すること。

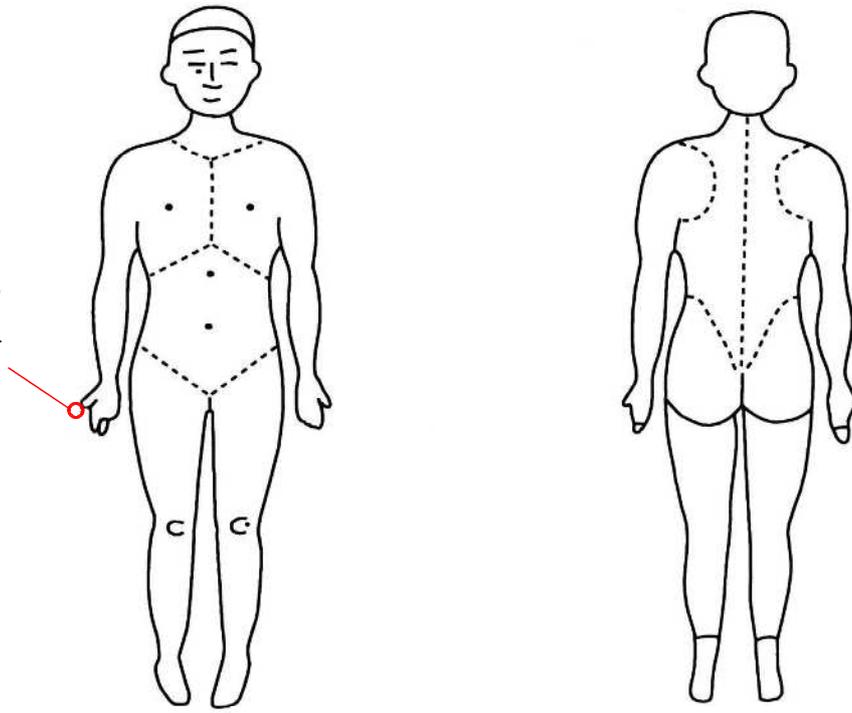
(状況がわかりにくい場合 写真等を添付)

被災態様及び現場付近の見取図	
被災態様図	
現場付近の見取図	

負傷部位図

負傷の部位を示す図

負傷の部位



局
部
の
図

ここを切った



担当職務及び勤務時間証明書

被災職員所属・職・氏名	〇〇市環境事業部清掃課清掃員 鹿兒島太郎
担 当 職 務 (通常の職務内容) (臨時に割り当てられた職務中の場合は、その理由と職務内容)	(通常の職務内容) 清掃業務 (じん芥収集作業) (臨時に割り当てられた職務内容) 該当なし
勤 務 時 間 (時間外(休日)勤務が命じられていた場合は、その時間も記入し、命令簿写を添付する。)	(通常の勤務時間) 被災当日(令和〇年〇月〇日〇曜日)の勤務時間は、午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分までの間です。 (時間外(休日)勤務の時間) 該当なし
上記のとおり証明します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 所 属 〇〇市環境事業部清掃課 証明者 職・氏名 課長 日 本 一 郎 </div>	

(注) 証明者は、任命権者又は所属長とする。

同 意 書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

地方公務員災害補償基金
鹿 児 島 県 支 部 長 様

原則として請求年月日を記入

住 所 ○○市○○町○番○号

氏 名 鹿児島 太郎

生年月日 昭和○○年○月○日

所 属 ○○市環境事業部清掃課

請求年月日を記入（災害発生日ではないので注意）

私が令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日付けで行った公務（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を行うに当たり，基金及び基金から依頼を受けた私の任命権者（所属団体）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，私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 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 共済組合又は健康保険組合が保有する診療報酬明細書（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。

以 上

(注) これは腰痛症があるとき添付してください。

腰痛症発生状況報告書

被災職員	災害発生年月日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日		所 属	○○市総務部総務課			
	氏名	日本三郎		生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日		職名	主 事
	身長	170・0 cm		体重	65・0 kg		体格	肥満体・(普通)・細身体
災害発生時の状況	発症時の動作 室内整理のため、書類の入った段ボール箱を中腰になって両手で持ち上げたとき、腰に痛みを感じた。							
	腰部にかかった負担	取扱物の名称・内容 書類の入っている段ボール箱						
		重量	40・kg		大きさ	縦 70 cm 横 35 cm 高さ 40 cm		材質
その他特異な状況 軽いものと思っていたところ、書類がぎっしりつまっていたため予想外に重く、落とさないように力を入れた。								
療養の状況	診断名	腰 椎 捻 挫			医 療 機 関 名	○○整形外科病院		
	治療	継続中 → [○年○月○日から]			入院・通院の別			
		治療終了 → [年 月 日から] [年 月 日まで]			入院・通院 → [休暇中] [就 業]			
症状の経過	被災当初	疼痛の有無及び部位	有 第4～5腰椎					
		疼痛の態様	局所痛 (局所的に) 身動きできない程、腰部に鋭い痛みがある。 放散痛 (具体的に)					
	現在の疼痛の状況	(具体的に) 歩行時、腰部に鈍い痛みがある。						
スポーツ歴 (中学生以降被災前まで)	野球 (高校1年生から高校3年生まで)							
腰部疾患歴 (中学生以降被災前まで) ※交通事故による受傷を含む	発病年月日	傷病名		療養期間	公務上外の別			
	平成 ○年○月○日	腰 椎 捻 挫		平成○年○月○日～ 平成○年○月○日	私傷病			
その他参考事項	上記疾患の発生状況	高校2年生の柔道の授業中、技をかけようと相手の体を抱え上げた際に、腰部を痛めた。						
上記のとおり相違ありません。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 被災職員 日本三郎 所 属 長 ○○市総務部総務課 課長 ○○○○								

頸痛症発生状況報告書もこれに準じて記入してください。

5 通勤災害認定請求

～通勤（出勤・退勤）中に事故が発生したら～

（事例）総務課の職員の通勤中の事故 → 通勤災害の申請

総務課の主事が自家用車で通勤途上，交差点で信号待ちをしていたところ，大型貨物自動車に追突された。（頭部挫傷，頸椎捻挫）

（提出書類等）

- ① 認定請求書（P78～P79）
- ② 診断書（P70） → 認定請求書の傷病名をチェック
- ③ 事実調査書（P80） → 目撃者がいない場合
又は現認書（P71） → 目撃者がいる場合
- ④ 被災態様及び現場付近の見取図（P72）
- ⑤ 負傷部位図（P73）
- ⑥ 交通事故証明書（P82）（原則として、「照合記録簿の種類」が「人身事故」とされているもの）
- ⑦ 事故発生状況報告書（P83）
- ⑧ 頸痛症発生状況報告書（記入にあたってはP76参照）
- ⑨ 担当職務及び勤務時間証明書（P74）
- ⑩ 通勤届の写し
- ⑪ 経路図（P81） → 通勤経路が合理的かどうかを判断するために必要
- ⑫ 同意書（P75）
- ⑬ 第三者加害報告書（P84～P86）
- ⑭ 念書（兼同意書）（P87）

※参考（認定後に提出する書類）

（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）

- ① 第三者加害行為現状（結果）報告書

（治ゆの際，提出するもの）

- ① 治ゆ報告書（P54）
- ② 第三者加害行為現状（結果）報告書

（示談の際，提出するもの）

- ① 免責報告書
- ② 示談書の写し（例：P137～141）
- ③ 第三者加害行為現状（結果）報告書

事務担当者は、被災職員の記載内容についてチェックをし、誤りがあれば訂正するように、指導してください。

認定請求書を所属長に提出する日

様式第2号

通勤災害認定請求書

(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)

*認定
番号

所属する県、市町村、
組合名を記入すること。

災害を受けた
当時の職名

医師の診断書に基づき
記入してください。

被災職員(死亡事案は、
その遺族)とします。

被災時現在の所属(現所属
が被災時所属と異なる場合
は、現所属を()で記入)

年齢は被災日現在
で計算します。

診断書と同一の傷病名
を記入すること。

請求年月日 令和〇年〇月〇日	
地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長殿 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇番〇号 ふりがな <small>かごしま じろう</small> 氏名 鹿児島 二郎 被災職員との続柄 本人	
所属団体名 〇〇市	所属部局・課・係名 (電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 総務部 総務課 総務係
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 鹿市町村 〇〇第 〇〇〇〇〇 号 ふりがな <small>かごしま じろう</small> 鹿児島 二郎 <u>昭和</u> <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 氏名 平成〇〇年〇月〇日生(〇〇歳) 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤 災害発生の日時 令和〇年〇月〇日(〇曜日) <u>前</u> 午後8時10分ごろ 災害発生の場所 〇〇市〇〇町〇〇番地先交差点 傷病名 頭部挫傷、頸椎捻挫 傷病の部位及びその程度 頭部、頸部 約1ヵ月間の入院加療

*受理	令和 年 月 日	*認定	令和 年 月 日
*通知	令和 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になるよう、その状況を記入すること。
- 「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。
- 「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。
- 「*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。

保険者が地方職員共済組合の場合「地・鹿児島」、警察共済組合の場合「警・鹿児島」、公立学校共済組合の場合「公立鹿」、鹿児島県市町村職員共済組合の場合「鹿市町村」、全国健康保険協会の場合「協会けんぽ」と記入すること。

2	(1) 災害発生日の勤務開始(予定)時刻又は勤務終了の時刻	午前 8 時 30 分ごろ
	(2) 災害発生日に住居を離れた時刻	午前 7 時 40 分ごろ
	(3) 災害発生日に勤務場所を離れた時刻	午前 時 分ごろ
	(4) 災害発生の状況	
災害発生 の状況 等	私は通常私有自動車を運転して通勤しております。勤務開始時刻は午前8時30分であり、自宅から勤務場所までの所要時間は約40分です。	
	被災当日はいつものように午前7時40分頃自宅を出発し、いつもの経路を通して午前8時10分頃〇〇市〇〇町〇〇番地先交差点に差しかけた時、信号が赤になったので、停止したところ、後方から来た大型貨物車に追突され、シートベルトを着用していたものの、衝撃で作動したエアバッグに頭部を打ち付け、反動で頸部に激痛が走り、負傷しました。	
	直ちに救急車で〇〇市〇〇町〇番地の〇〇病院へ運ばれて治療を受け現在入院中です。	
*3 所属の部 証明の	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。 令和 〇年 〇月 〇日 所属部局の 所在地 〇〇市〇〇町〇番〇〇号 名称 〇〇市総務部総務課 長の職・氏名 課長 日本 太郎 請求年月日以後です。	
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"/> 被災態様及び現場付近の見取図 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷部位図 <input checked="" type="checkbox"/> 担当職務及び勤務時間証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 同意書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤届の写 <input checked="" type="checkbox"/> 経路図 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 念書(兼同意書) <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> その他 頸痛症発生状況報告書	
*5 任命権者の意見	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; display: inline-block;">9 1 6</div> 本件は通常の時間に合理的経路及び方法によって勤する途上に発生した交通事故による災害であるので、通勤災害に該当すると考えます。 令和 〇年 〇月 〇日 所属長の証明年月日以後です。 任命権者の職・氏名 〇〇市長 〇〇〇〇	

出勤途上の場合は勤務開始時刻を、退勤途上の場合は勤務終了時刻を、記入してください。
 出勤途上の場合記入して下さい。
 退勤途上の場合記入して下さい。
 具体的に詳しく記入しますが、次の点に注意して下さい。
 ・通常の経路かどうか記入して下さい。通常の経路と異なる場合はその理由も記入して下さい。
 ・通常の通勤方法かどうか記入して下さい。通常の通勤方法と異なる場合はその理由を明記して下さい。
 ・出退勤時刻が通常と異なる場合はその理由も記入して下さい。

所属長(被災職員が所属長の場合)は、1、2について調査し証明する。

災害が通勤によるものであるかどうかについて任命権者の意見を必ず付すこと。

- 7 「*5任命権者の意見」の□欄には、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 1 6 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運転手・車掌等 10義務教育学校教員 11義務教育学校職員以外の教員 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
 9 年月日の記載には元号を用いる。

必ず記入のこと	任命権者の意見欄を記入された担当職員名			
	課名	総務課	氏名	〇〇〇〇
	電話	(市外局番) 〇〇〇 (局番) 〇〇〇 (内線) 〇〇〇〇		

(目撃者がいる場合は「現認書」を提出すること。)

事 実 調 査 書		
被災職員	氏 名	鹿児島 二 郎
	所 属 団 体	〇〇市
	所属部局, 職種	総務部総務課総務係主事
災害発生	日 時	令和 〇 年 〇 月 〇 日 午前 8 時 10 分ごろ
	場 所	〇〇市〇〇町〇〇番地先交差点
調査事項	調 査 場 所	上記場所、〇〇病院、〇〇警察署 令和〇年〇月〇日 総務課総務係長 〇〇〇〇 (1) 〇〇病院に行き、被災職員から事情を聴したところ被災職員は出勤途上において、交差点で追突されたということを確認した。 (2) 事故現場に行き、被災職員の乗用車の後部に追突されたキズ跡を確認した。 (3) 〇〇警察署から事情を聴したところ、上記災害発生時間に大型貨物自動車に追突されたことを確認した。
	調 査 年 月 日	
	調 査 立 合 者	
	調 査 内 容	
調査者	所 属 部 局 名	〇〇市総務部総務課
	職 名	課長補佐
	氏 名	〇〇〇〇

できるだけ具体的に記入すること。

調査者の所属、氏名、職を記入すること。

経路図



- ① 既成の地図（住宅地図、道路マップ等）を使用してください。
- ② 当日の災害発生場所までの経路を朱実線で、以後の予定経路を朱破線で示してください。
- ③ 地図上に「自宅」「勤務場所」を記入し、災害発生場所を×で示してください。

□□□□ - □□□□

交通事故証明書

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇番〇号
氏名 鹿児島 二郎 殿

事故照会番号	〇〇 第 〇〇 号	甲 <u>乙</u> との続柄	<u>本人</u> ・代理人										
発生日時	令和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇 曜日) 午前 8 時 10 分ころ												
発生場所	〇〇市〇〇町〇〇番地先												
甲	住所	〇〇市〇〇丁目〇番〇号 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)		備考									
	フリガナ氏名	か が い か ず お 加害 一男	生年月日	〇 年 〇 月 〇 日 (〇 歳)	* 甲, 乙以外の当事者								
	車種	大型貨物自動車	車両番号	鹿11か〇〇〇〇									
	自賠責保険関係	有り 〇〇損保	証明書番号	第〇〇-〇〇〇〇号									
	事故時の状況	〇 運転・同乗 (運転者氏名) ・歩行・その他											
乙	住所	〇〇市〇〇町〇番〇号 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)											
	フリガナ氏名	か ご し ま じ ろ う 鹿児島 二郎	生年月日	〇〇年 〇 月〇日 (〇〇歳)									
	車種	普通乗用自動車	車両番号	鹿30き〇〇〇〇									
	自賠責保険関係	有り 〇〇共済	証明書番号	第〇-〇〇〇〇〇〇-〇号									
	事故時の状況	〇 運転・同乗 (運転者氏名) ・歩行・その他											
事故類型	人対車両	車 両 相 互						車 両 単 独				踏切	不調査明中
		正面衝突	側面衝突	出っ会い頭突	接 触	追 突	そ の 他	転 倒	路 外 逸 脱	衝 突	そ の 他		
<p>上記の事項を確認したことを証明します。</p> <p>なお、この証明は、損害の種別とその程度、事故の原因、過失の有無とその程度を明らかにするものではありません。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: center;">自動車安全運転センター 鹿児島県事務所長</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 自動車安全運転センター鹿児島県事務所長印 </div>													
証明番号	照合記録簿の種類						人身事故						

加害車両について、交通事故証明書を基に記入して下さい。

事故発生状況報告書

保険証明書番	第〇〇-〇〇〇〇号	当事者	甲(加害運転者)	氏名(電話)	加害 一男 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
自動車の番号	鹿11か〇〇〇〇		乙(被害者)	氏名(電話)	鹿兒島 二郎	運転・同乗 歩行・その他
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	舗装	舗装 <input checked="" type="checkbox"/> してある <input type="checkbox"/> してない,	歩道	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	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, その他標識		
速度	甲車両 40 km/h (制限速度 40 km/h), 乙車両 0 km/h (制限速度 40 km/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。)					
	<div style="float: right; margin-top: 10px;"> <p>自 車 </p> <p>相手車 </p> <p>進行方向 </p> <p>信号 </p> <p>一時停止 </p> <p>人間 </p> <p>自転車 </p> <p>オートバイ </p> </div>					
て上下記さ図の説明を書い	<p>信号(赤)にしたがって一時停止したところ、後続の大型貨物自動車に追突された。</p>					

路線名、幅、信号機の位置、車の位置等、詳細にわかりやすく記入すること。また、必要に応じては、現場付近の写真を添付すること。

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。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

報告者 甲との関係 (被害者) 鹿兒島 二郎
乙との関係 (本人)

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鹿児島県支部長 殿

令和 ○ 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○号
氏 名 鹿児島 二 郎

1 被災職員について記入してください。

(1) 所属	総務部 総務課	(2) 氏名	鹿児島二郎	(3) 生年月日	○○年 ○ 月 ○ 日生
--------	---------	--------	-------	----------	--------------

2 災害発生状況について記入してください。

(1) 日 時	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 午前 午後 8 時 10 分頃
(2) 場 所	○○市○○町○○番地先交差点
(3) 災害発生状況 1	<p>[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。]</p> <p>被災当日はいつものように午前7時40分頃自宅を出発し、いつもの経路を通過して午前8時10分頃○○市○○町○○番地先交差点に差しかけた時、信号が赤になったので、停止したところ、後方から来た大型貨物車に追突され、シートベルトを着用していたものの、衝撃で作動したエアバッグに頭部を打ち付け、反動で頸部に激痛が走り、負傷しました。</p>

災害を目撃した人がいる場合には記入してください。

①目撃者の氏名	無し	②住所	
③目撃時の状況			

(4) 災害発生状況 2 [あなた（被災職員）が運転手であった場合のみ記入してください。]

①事故時の道路等の状況	<p>天候は 晴れ・曇り・小雨・雨・小雪・雪・暴風雨・霧・濃霧</p> <p>道路の見通しは 良い・悪い（障害物 があった。）</p> <p>道路の状況は 幅員（10 m）、舗装 非舗装、坂（上り・下り・緩・急）</p> <p>路面の状態は 良好、不良（ ）</p> <p>交通量は 少ない・多い・中位・渋滞</p>		
②事故時の交通規制の状況	<p>制限速度は あなたは（40 km/h） 相手は（40 km/h）</p> <p>その他の規制は 追い越し禁止・一方通行・一時停止・Uターン禁止・その他（ ）</p> <p>信号機は 無・有（色で交差点に入った）</p> <p style="padding-left: 20px;">信号機時間外（黄色点滅・赤点滅）</p>		
③あなた（被災職員）の行動等	<p>運転者の状況は 正常・いねむり・疲労・よそ見・飲酒・病気（ ）</p> <p>あなたの行為は 直前に警笛を……………鳴らした 鳴らさない</p> <p style="padding-left: 20px;">相手を発見したのは……………（ ）m位手前 衝突されてから</p> <p style="padding-left: 40px;">ブレーキを……………かけた・かけない</p> <p style="padding-left: 40px;">方向指示……………（ ）秒位前から した・しない</p> <p style="padding-left: 40px;">速度は……………（0）km/h 相手は（40）km/h</p> <p>あなたの運転していた車両は</p> <p style="padding-left: 20px;">車種（普通乗用自動車）</p> <p>車両の状況は 正常・異常（ ）</p>		

3 第三者(加害者) [交通事故の場合は運転者。加害者不明の場合はその旨を記入してください。]

(1) 氏名(フリガナ)	加害 一男(カガイ カズオ)	() 歳
(2) 住所	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号	☎ 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
(3) 職業(勤務先)	〇〇運送	☎ 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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、精神病患者等の場合は、監督義務者を記入してください。] 又は運行供用者について記入してください。

(1) 名称又は氏名	〇〇運送	☎ 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
(2) 所在又は住所	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号	
(3) 事業の内容又は職業	運送業	
(4) 代表者	(役職) 社長	(氏名) 事業 太郎

5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記入してください。

警察署等名称	〇〇 警察署 〇〇 (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)について記入してください。

(1) 加害者車両	(車種) 大型貨物自動車	(登録番号) 鹿11か〇〇〇〇
(2) 自賠償保険証明書番号	第〇〇-〇〇〇〇号	
(3) 保険契約者	(氏名) 〇〇運送	(住所) 〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号
(4) 第三者(加害者)と保険契約者との関係	本人・(事業主)・親族()・その他()	
(5) 保険契約期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	
(6) 保険会社名及び管轄店名	〇〇損保〇〇営業所	☎ 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(7) 保険会社の管轄店所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号	(担当者名) 〇〇

7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記入してください。

(1) 自動車保険証券番号	第〇〇-〇〇〇〇号
(2) 保険契約者	(氏名) 〇〇運送 (住所) 〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号
(3) 第三者(加害者)と保険契約者との関係	本人・(事業主)・親族()・その他()
(4) 保険契約期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日
(5) 保険金額	対人賠償 無制限 円
(6) 特約条項	(無) 有(歳未満不担保条項)・その他()
(7) 保険会社名及び管轄店名	〇〇損保〇〇営業所 ☎ 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(8) 保険会社の管轄店所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号 (担当者名) 〇〇

8 保険金の請求等について記入してください。

(1) 保険金(損害賠償額)請求の有無	(有)・無
(2) 有の場合の請求方法	イ 自賠償保険(共済)単独 ロ 自賠償保険(共済)と任意保険との一括払
(3) 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) 未受領 (金額) 円 (受領年月日) 令和 年 月 日
(4) 保険契約者	(氏名) 〇〇運送 (住所) 〇〇市〇〇丁目〇番〇号
(5) 保険会社名及び管轄店名	〇〇損保〇〇営業所 ☎ 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(6) 保険会社の管轄店所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号 (担当者名) 〇〇

9 あなた(被災職員)の被災時の人身傷害補償保険加入状況について記入してください。

(1) 人身傷害補償保険に	(加入している)・加入していない
(2) 契約車両	(車種) 普通乗用自動車 (登録番号) 鹿30き〇〇〇〇
(3) 自動車保険証券番号	第〇-〇〇〇〇〇〇-〇号
(4) 保険契約期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日
(5) 保険会社名及び管轄店名	〇〇共済〇〇支店 ☎ 〇〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
(6) 保険会社の管轄店所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇丁目〇番〇号 (担当者名) 〇〇
(7) 人身傷害補償保険金の請求の有無	(無)・有
(8) 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	(金額) 円 (受領年月日) 令和 年 月 日

10 身体損傷等について記入してください。

区 分	被災職員	第三者（加害者）
(1) 部位・傷病名	頭部挫傷、頸椎捻挫	傷病はなし
(2) 程 度	〇〇	
(3) 診療機関名	〇〇病院	
(4) 診療機関住所	〇〇市〇〇町〇番地	

11 損害賠償の受領額について記入してください。

(1) 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~~

(2) 上記質問で、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、幾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	金品又は品名	支払者	名 目	受領年月日	金品又は品名	支払者	名 目
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

12 第三者との話し合いの状況について記入してください。

(1) 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（ ）

(2) 上記の状況等を記入してください。
 加害者側の保険会社と協議を行い、自賠責保険と任意保険との一括払による被害者請求行っており、その回答待ちである。

13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記入してください。

(1) 被災職員（ 0 ）% 第三者（加害者）（ 100 ）%

(2) 上記過失割合を判断した理由
 信号待ち中に後方から追突されたものであり、全面的に加害者に過失があると考える。

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入してください。

(1) 治療費を基金へ請求しますか。(①～③を選択してください。)

① 基金へ請求しない（全額第三者へ請求する。）

② 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。）

③ 基金へ請求する。

(2) 上記請求方法を選択した理由を具体的に記入してください。
 加害者が全面的な過失を認めており、また、対人賠償無制限の損害保険会社に請求中であるため。(※「公務・通勤中の災害であるため。」等ではなく、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。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

所 属 ○〇市総務部総務課
 職・氏名 課長 日本太郎

- (注) 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 念書(兼同意書)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鹿児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ご注意ください。

念 書（兼 同 意 書）

災害発生年月日	令和 ○年 ○月 ○日	災害発生場所	○○市○○町○○番地先交差点
被災職員氏名	鹿 児 島 二 郎	相手方氏名	加 害 一 男

- 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。

令和 ○年 ○月 ○日

地方公務員災害補償基金
鹿児島県支部長 殿

住 所 ○○市○○町○番○号
氏 名 鹿 児 島 二 郎
（自署又は記名押印）



自署の場合は押印不要

6 傷病名追加請求

(事 例)

前記清掃員の公務災害認定請求について、公務災害の認定（右拇指切創）を受けたが、実は、右中指も当初の災害で負傷しており、認定請求時の診断書にこの右中指切創の傷病名が漏れていたため、今回傷病名追加認定請求をするものである。

(傷病名追加認定請求書記入に当たっての注意事項)

- 1 記載例にならって、「(傷病名追加)」と**朱書き**すること。
- 2 請求年月日を必ず記入すること。
- 3 「認定番号」の欄には、**当初の認定番号**を記入すること。
- 4 「所属団体名」の欄には、災害発生時の所属団体名を記入すること。
- 5 「所属部局・課・係名」の欄には、現在所属している所属団体名、部局名等を記入すること。ただし、退職している場合には、退職時の部局等を記入すること。
- 6 「年齢」及び「職名」は、追加認定請求時の年齢、職名を記入すること。
- 7 「傷病名」欄に、記載例にならって「(追加認定請求傷病名)」と**朱書き**すること。
- 8 「所属部局の長の証明」は、現在所属している所属部局の長の証明であること。ただし、退職している場合には、原則として退職時の所属部局長の証明であること。

(傷病名追加)

朱書きすること

様式第1号

公務災害認定請求書

*認定
番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

当初の認定
番号を
記入
すること

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長殿
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。

請求年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

(〒〇〇〇-〇〇〇〇)

請求者の住所 〇〇市〇〇町〇番〇号

ふりがな 鹿児島 太郎

被災職員との続柄 本人

災害発生時の
所属団体名を
記入すること

所属団体名

〇〇市

所属部局・課・係名 (電話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

環境事業部 清掃課 清掃係

1
被
災
職
員
に
関
す
る
事
項

鹿市町村
共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 〇〇第 〇〇〇〇〇 号

ふりがな 鹿児島 太郎 昭和 男 女
平成 〇〇年 〇 月 〇 日生 (〇〇歳)

職名 清掃員 常勤 常勤的非常勤

災害発生の日時 令和 〇 年 〇 月 〇 日 (〇曜日) 午前 〇 時 〇 分 午後

災害発生の場所 〇〇市〇〇町〇〇番地先路上

傷病名 (追加認定請求傷病名) 右中指 切創

朱書きすること

傷病の部位及びその程度

右中指 約1週間の通院加療

*受理	令和 年 月 日	*認定	令和 年 月 日
*通知	令和 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✓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。
- 「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。
- 「*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。
- 「*5任命権者の意見」の欄には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
 - 義務教育学校職員
 - 義務教育学校職員以外の教育職員
 - 警察職員
 - 消防職員
 - 電気・ガス・水道事業職員
 - 運輸事業職員
 - 清掃事業職員
 - 船員
 - その他の職員
- 「*5任命権者の意見」の欄には、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運転手・車掌等
 - 10義務教育学校教員
 - 11義務教育学校職員以外の教員
 - 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
- 年月日の記載については、元号を用いる。

保険者が地方職員共済組合の場合「地・鹿児島」、警察共済組合の場合「警・鹿児島」、公立学校共済組合の場合「公立鹿」、鹿児島県市町村職員共済組合の場合「鹿市町村」、全国健康保険協会の場合「協会けんぽ」と記入すること。

2 災 害 発 生 の 状 況	令和○年○月○日付で認定（傷病名：右拇指切創）を受け○○	
	病院で療養を続けていましたが、右中指も負傷しており、当初の	
	診断書に傷病名の記載もれがあったことが判明しました。	
	これは令和○年○月○日の事故が原因と考えられますので追加	
	認定請求をします。	
	なお、災害発生から追加認定請求傷病の診断を受けるまでの間、	
	当該部位を私的な事故等で負傷したことはありません。	
*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。 令和○年○月○日	
		所在地 ○○市○○町○番○号
		所属部局の 名 称 ○○市環境事業部清掃課
		長の職・氏名 課長 ○○○○
4 添付する資料名	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 被災態様及び現場付近の見取図 <input checked="" type="checkbox"/> 負傷の部位図 <input type="checkbox"/> 担当職務及び勤務時間証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 念書（兼同意書） <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 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;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 10px;">7</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px; margin-right: 10px;">1</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">5</div> </div> <p>今回の傷病については、当初の認定請求の際に漏れていたものであり、公務災害に該当すると考えます。</p> <p>令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>任命権者の職・氏名 ○○市長 ○○○○</p>	

追加認定請求に至った経緯を明記すること

現在所属している所属部局の長の証明であること

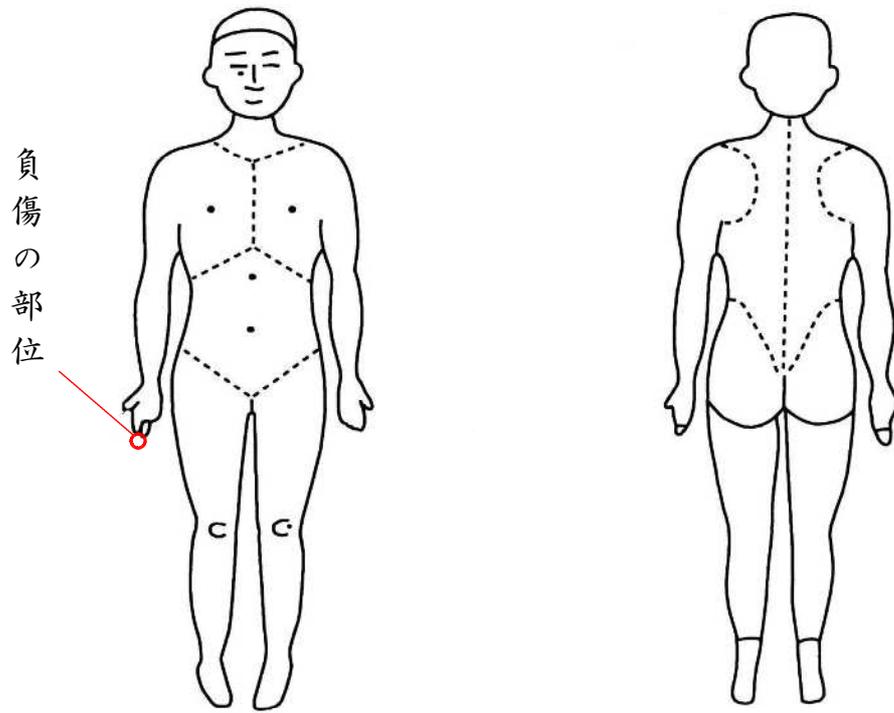
必ず記入のこと	任命権者の意見欄を記入された担当職員名		
	課名	○○○○課	氏名 ○○○○
	電話	(市外局番) ○○○ (局番) ○○○ (内線) ○○○○	

診 断 書 (追加認定請求用)

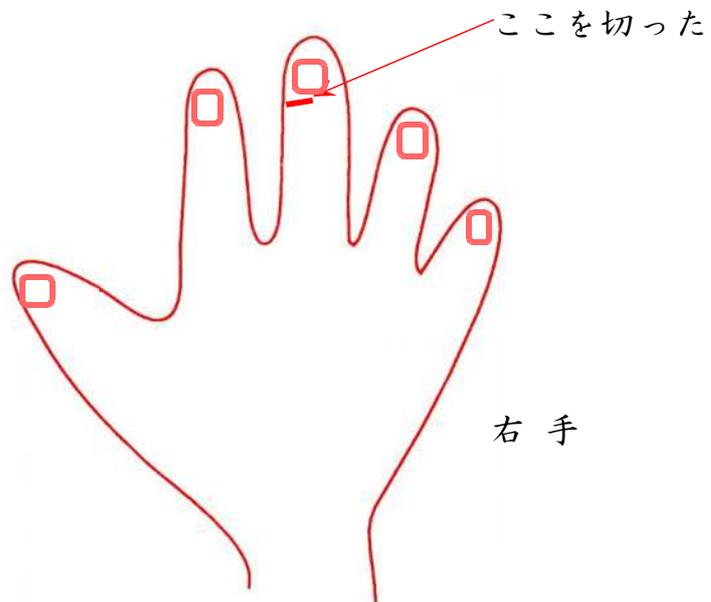
氏 名	鹿見島 太 郎 昭和 ○○年 ○ 月 ○ 日生 (○○歳) 平成		
当 初 の 負傷及び発病 年 月 日	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	当初の 傷病名	右拇指切創
追 加 傷 病 名	① 右中指切創 ② ③	初 診 年月日	① 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日
上記追加傷病 と当初の傷病 (又は災害) との関係につ いての所見	① ○○○○ ② ③		
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 診 断	上記のとおり診断する。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 医療機関名 ○○病院 所 在 地 ○○市○○町○○番地 氏 名 甲 野 乙 郎		

負傷部位図

負傷の部位を示す図



局
部
の
図



第2章 療養補償請求書等

※ 療養補償請求書の提出時の留意点

療養補償請求書（様式第6号）は、必ず任命権者を經由して基金支部に提出（P48(2), (3)参照）するものとし、担当者は、提出時に次の点を確認してください。

- 1 必要事項はすべて記入されているか。
※「8の療養補償請求金額」欄は訂正されていないか（訂正不可）。
- 2 振込先口座は、請求者（受領委任の場合は受任者）自身のものかどうか。
- 3 診療費請求明細の計算誤りはないか。
- 4 傷病名は、認定されたものかどうか。
※診療費請求合計額には認定傷病名以外のものが含まれていないか。
- 5 被災日以降、治ゆまでの間の療養か。
- 6 時効にかかっていないか。
- 7 療養状況（10診療費請求明細の「傷病の経過」欄）は記載されているか。
なお、治ゆの記載がある場合、治ゆ報告書は添付されているか。
- 8 必要書類（各種証明書・領収書等）は添付されているか。
- 9 転医している場合、転医届は添付されているか。
- 10 自己負担分を請求する場合（補装具を除く。）、診療機関の証明がなされているか。

様式第6号

1号紙

医療機関に受領委任する場合	複数月分請求の場合は〇～〇月分と記載	認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇
療養補償請求書		請求回数	第 〇 回 (〇 年 〇 月分)

被災職員が記入

被災職員が請求者になるの
注意すること。

地方公務員災害補償基金 鹿児島県 支部長 殿	請求年月日	令和 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) 〇〇市〇〇町〇番地
	フリガナ	カシマ シロウ
	氏名	鹿児島 四郎

医療機関が記入

病院

1	この請求書による療養補償の費用の受領を 委任者の氏名	甲野 乙郎 鹿児島 四郎	に委任します。
受補償委任の	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	〇〇市〇〇町〇番地
	所在地	〇〇病院	
	氏名(代表者名)	院長 甲野 乙郎	

被災職員が記入

2	所属団体名	〇〇市	フリガナ	カシマ シロウ
関係する被災職員事項に	所属部局名	〇〇部〇〇課 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名	鹿児島 四郎
	職名	主事	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 〇 歳)	負傷又は発病の年月日
		<input checked="" type="checkbox"/> 常勤	令和 〇 年 〇 月 〇 日	
		<input type="checkbox"/> 常勤的非常勤		

3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	376,618 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 片道 往復 回	円
		から まで km	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費		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) 376,618 円

9	<input type="checkbox"/> 送金希望口座等	任意の口座を指定する	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	
			口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇病院(〇〇ビョウイン) 氏名(フリガナ) 甲野 乙郎(カノ エロウ)		
		<input type="checkbox"/> その他				

個人番号は記載しないでください。

病院の口座

* 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
* 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) 鹿 児 島 四 郎			
傷病名	ア 左肩鎖関節脱臼	診療開始日	ア 令和〇年8月1日	診療期間	令和〇年8月1日から
	イ		イ 年 月 日		令和〇年8月31日で
初診	時間外・休日・深夜	回	270点	診療実日数	〇 日
	再診	再診 69×2回	138		
傷病の経過	外来診療料	×	回	〇〇〇〇	
	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	令和〇年8月31日		
在宅	往診	回	治	ゆ	〇
	夜間・緊急	回	〇	〇	〇
在宅	在宅患者訪問診療	回	〇		
	その他	回	〇		
投薬	内服薬	×	単位	876	
	注射薬	×	単位	14	
	外用薬	×	単位	回	
	処方薬	×	単位	回	
注射	皮下注射	回	971		
	静脈注射	回	3,755		
処置	薬剤	回	502		
手術・麻酔	薬剤	回	35		
検査	薬剤	回	1,165		
画像診断	薬剤	回	828		
その他					
入院	入院年月日	令和〇年8月1日			
	病・診・衣	入院基本料・加算			
	一般病棟 7対1	1555×1.3	×	10日間	20,220
入院基本料 (14日以内)	×	日間			
特定入院料・その他					
食事	基準I 食堂	770×3+60円	×	9日間	21,330 円
		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	345,288 円		
	28,774	×	12		
診療報酬点数により計算できないもの	診療書料・入院室料差額等	31,330 円			
	食事21,330、診療書3,000×1				
診療費請求合計額	個室	1,400×5	376,618 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。)					
		所在地			
		診療機関の			
		名称			
		医師の氏名			
		令和 年 月 日			

認定した傷病名が記入されます。新たに傷病名が追加された場合は、追加認定の手続きが必要です。

なお、「別添診療報酬明細書のとおり」と記入の上、当該診療報酬明細書を添付した場合、記入を省略できます。

診断書は具体的な名称を記載してください。(例) 診断書 (公務災害申請用)

診断書料は消費税非課税です

明細(薬品名、治療材料等)を記入する。

診断書は原則として認定請求書に添付の一通のみ認めらる。なお、診断書料は、消費税の課税対象ではない。

個室、上級室使用の場合「特別室証明書」を添付すること。

受領委任の場合、証明は不要です。

本人からの任意の申し出による特別室の使用は、補償の対象となりません。

特別室使用証明書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

所属団体	〇〇市	所属部局	〇〇部〇〇課		
被災職員氏名	鹿見島 四郎 昭和〇〇年〇月〇日生	災害発生年月日	令和〇年8月1日		
傷病名	左肩鎖関節脱臼				
入院期間	令和〇年8月1日から令和〇年8月9日まで			9日間	
特別室等を必要とした期間	令和〇年8月1日から令和〇年8月5日まで			5日間	
特別室等を必要とした理由 (〇印をつけてください)	<p>ア 療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療を行うことができなかった。</p> <p>イ 傷病の状態から隔離しなければ他の患者の療養を著しく妨げる恐れがあった。</p> <p><input checked="" type="radio"/> ウ 普通室が満床であり、かつ緊急に入院療養させる必要があった。</p> <p>エ その他（具体的に記入してください。）</p>				
呼称 (特別室・個室)	個室	収容定員	1人	1日当たりの室料差額	1,400円

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇年〇月〇日

医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇番地
名称 〇〇病院
担当医師 院長 甲野 乙郎

(注) 特別室とは差額室料を必要とする部屋の事です。

様式第6号

1号紙

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 薬局に受領委任する場合 複数月分請求の場合は〇～〇月分と記載 </div> <h2 style="text-align: center;">療養補償請求書</h2>		認定番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇 請求回数 第 〇 回 (〇 年 〇 月 〇 日)
被災職員が記入	地方公務員災害補償基金 鹿児島県 支部長 殿	請求年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者の住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇番地 フリガナ カゴシマ シロウ 氏名 鹿児島 四郎
	下記の療養補償を請求します。	山田 太郎 に委任します。 委任者の氏名 鹿児島 四郎
薬局が記入	受補償委任の 受任者の { 医療機関等の名称 〇〇市〇〇町〇番地 所在地 〇〇薬局 氏名(代表者名) 山田 太郎	薬局
被災職員が記入	2 所属団体名 〇〇市 所属部局名 〇〇部〇〇課 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇) 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤	フリガナ カゴシマ シロウ 氏名 鹿児島 四郎 昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 〇 歳) 負傷又は発病の年月日 令和 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 6,370 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 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 〇 〇 〇 〇 から 〇 〇 〇 〇 まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 〇 〇 〇 〇 回 <input type="checkbox"/> その他の移送費		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) 6,370 円
9 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号 <input type="text"/>		個人番号は記載しないでください。
<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
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 <input type="text"/> 口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇薬局(〇〇ヤクヤク) 氏名(フリガナ) 山田 太郎(ヤマダ シロウ)		
<input type="checkbox"/> その他		薬局の口座
* 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		
* 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料費及び「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。

様式第6号

1号紙

自己負担分（補装具費、移送費、看護料等）を請求する場合		認定番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	
療養補償請求書		請求回数	第 〇 回（ 〇 年 〇 月 〇 日）	
地方公務員災害補償基金 鹿児島県 支部長 殿		請求年月日	令和 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) 〇〇市〇〇町〇番地	
		フリガナ	カゴシマ シロウ	
		氏名	鹿児島 四郎	
1 受補償委任費用の	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。			
	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 関被する職事項に	所属団体名	〇〇市	フリガナ	カゴシマ シロウ
	所属部局名	〇〇部〇〇課 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	氏名	鹿児島 四郎
	職名	主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤	負傷又は発病の年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 〇 歳) 令和 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	年間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	45,000 円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費		<input type="checkbox"/> 片道 <input checked="" type="checkbox"/> 往復 2 回	
	〇〇 から 〇〇 まで	3 km	640 円	
<input type="checkbox"/> その他の移送費				
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	(補装具代)	25,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	70,640 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	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	_____	
口座名義人	法人機関又は役職の名称（フリガナ） _____ 法人機関又は役職の名称は記入不要です。 氏名（フリガナ） 鹿児島 四郎（カゴシマ シロウ）			
<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	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
			年 月 日	

看護証明書の添付が必要

移送費証明書の添付が必要

医証の添付が必要

任意の口座を指定する場合は個人番号を記載しないでください。(公金受取口座を指定する場合は入金に時間を要しますので予め御承ください。)

〔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			診療開始日	ア	和	年	月	日	診療期間	和	年	月	日から
	イ				イ	和	年	月	日		和	年	月	日まで
ウ	ウ				ウ	和	年	月	日					
初診	時間外・休日・深夜	回	点							診療実日数			日	
再診	再診	×	回	傷病の経過										
	外来診療料	×	回											
	継続管理加算	×	回											
	外来管理加算	×	回											
	時間外休日深夜	×	回											
指導				転	令	和	年	月	日					
在宅	往診		回	帰	治	ゆ	継	続	転	医	中	止	死	亡
	深夜・緊急在宅患者訪問診療その他薬剤		回		摘 要									
投薬	内服	{薬剤調剤}	×	単	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>領収書</p> <p>鹿見島四郎殿</p> <p>¥25,000 (明細入り)</p> <p>補装具代として上記のとおり領収いたしました。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>〇〇義肢製作所</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>領収書</p> <p>¥45,000</p> <p>ただし令和〇年8月1日から令和年8月9日までの9日間の看護料</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p>〇〇〇〇</p> </div>									
	屯服	{薬剤調剤}	×	単										
	外用	{薬剤調剤}	×	単										
	処方	{薬剤調剤}	×	単										
注射	皮下	筋肉内		回										
	静脈	その他		回										
処置	薬剤			回										
手術	麻酔			回										
検査	薬剤			回										
画像診断	薬剤			回										
その他														
入院	入院年月日	平成	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	基	準			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	
診療報酬点数表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;">令和 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: 2em; margin-right: 5px;">{</div> <div style="margin-right: 5px;">所在地</div> <div style="margin-right: 5px;">名称</div> <div style="margin-right: 5px;">医師の氏名</div> </div>														

入院 外来

医 証

住 所 ○○市○○町○番地

氏 名 鹿見島 四 郎 (男)・女

(昭和)・平成 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 生

病 名 左肩鎖関節脱臼

上記の者頭書の疾患により療養のため

肩装具 の着用の必要を認める。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関名 ○○病院

医 師 ○○○○

装 着 証 明 書

上記病名により装具を装着したことを証明する。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関名 ○○病院

医 師 ○○○○

移送費証明書

認定番号

〇〇〇〇—〇〇〇〇

1 被災事 災関 職す 員る項	所属団体	〇〇市		所属部局	〇〇部〇〇課														
	職名	主事		氏名	鹿兒島 四郎 (〇〇歳)														
2 通 院 等 に 関 す る 事 項	災害発生日	令和〇年8月1日	初診年月日	令和〇年8月1日															
	傷病名	右大腿骨骨折																	
	入院期間 <input checked="" type="checkbox"/> 有, <input type="checkbox"/> 無	令和〇年8月1日から令和〇年8月9日まで 9日間																	
	通院等の 期 間	令和〇年8月10日から令和〇年8月31日まで 21日間																	
	通院等 した回数 2回	通院回数	通 院 等 し た 月 日																
		2回 (イ)	〇年8月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	(15)	日
		(ロ)		16	17	18	19	20	21	(22)	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	((イ)+(ロ)+(ハ))	(ハ)		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
				16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	交通機関 等の種類	<input type="checkbox"/> JR <input type="checkbox"/> 私鉄 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 自家用車両 (自転車・荷車等の軽車両を除く。) <input checked="" type="checkbox"/> タクシー (ハイヤーを含む。)																	
上記中タク シーの利用を 要した期間	令和〇年8月10日から令和〇年8月31日まで 21日間																		
タクシーを 利用しなけ ればならな かった理由	医師の指示により、右大腿骨骨折の手術後1か月程度安静 を要するため。 <hr/> タクシーの利用は傷病の部位及び状況等からみて安静加療を要する場合等、療養上やむを得ず利用 しなければならなかったものと認められる範囲に限られます。																		

(タクシー利用に関する医師の証明)

上記のとおりであったことを証明します。

令和〇年〇月〇日

医療機関の

所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
名称	〇〇病院
担当医師	院長 甲野 乙郎

↑
医療機関の医師等の
証明を受けること。

3 交通費の 明細に 関する 事情	通院等の 期間(日)	利用交通 機関等の 種類	通院等の区間			往復 距離	交通費		
			出発地	経由地	到着地		往復の 交通費 A	通院等 の回数 B	A×B
	○. 8.15	タクシー	○○	○○	○○	8 km	2,400 円	1 回	2,400 円
	○. 8.22	タクシー	○○	○○	○○	8	2,400	1	2,400
	合計								4,800
4 遠に 赴いた 場合の 医療の 機事情	<p>上記のとおり交通費を必要としたことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p style="text-align: center;"> 所属部局の { 所在地 ○○市○○町○○番地 { 名 称 ○○市○○課 { 長の職氏名 課長 ○○○○ </p>								

- 〔注意事項〕 1 タクシー、ハイヤーにより入院、退院、転院、通院（以下「通院等」という。）した場合のみ「2」欄の「上記中タクシーを利用した期間」及び「タクシーを利用しなければならなかった理由」欄に医師の証明を受けてください。なお、この場合には、医師の証明のほかに領収書を添付してください。
- 2 自家用車両を使用し、通院等した場合には、「3」欄の「利用交通機関等の種類」欄に二輪又は四輪等の区分を附記してください。なお、この場合には、「交通費」欄の「A」欄の記載は不要です。
- 3 この証明書は、「療養補償請求書」に添えて提出してください。ただし、この証明書を添えて通院等に要した費用を請求されても、当支部が療養上必要と認めるもの以外は補償の対象といたしませんので予めご承知おきください。
- 4 この文書料は、診療費に含めて請求してください。
- 5 バスや列車等の交通機関を利用した場合には、「出発地」「経由地」「到着地」については、停留所の起点を記入してください。
- 6 近くに医療機関があるにもかかわらず、遠距離の医療機関に赴いた場合には、医師の紹介等によって診療等を受ける場合等を除いて、原則として補償の対象とされませんので、遠距離の医療機関に赴く場合には「4」欄に事情を記入してください。

同意書

被災職員	氏名	鹿児島 四郎	認定番号	〇〇〇〇－〇〇〇〇
	住所	〇〇市〇〇町〇番地	生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
	所属部局名	〇〇部〇〇課		
負傷又は発病 年 月 日		令和 〇年 8 月 1 日		
傷病名		右下腿骨骨折		
同意した理由		右下肢に拘縮が認められるため、マッサージを必要とする。		
施術の種類		(マッサージ) ・ はり ・ 灸 ・ その他 ()		
施術の部位		左上肢・右上肢・左下肢・(右下肢)・体幹・その他 ()		
施術の期間		令和 〇年 〇月 〇日から令和 〇年 〇月 〇日まで		
施術者の名称 ・所在地		〇〇整骨院 霧島 三郎 〇〇市〇〇町〇番〇号		
<p>頭書の患者に関し、上記のとおり施術を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">令和 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の所在地 〇〇市〇〇町〇番〇号</p> <p style="text-align: right;">名称 〇〇病院</p> <p style="text-align: right;">医師名 甲野 乙郎</p>				

(注) 太枠内は医療機関が記載してください。

様式第6号

自己負担分（やむを得ず共済組合員証を使用して受診した場合等）を請求する場合 1号紙

療養補償請求書

〇〇〇〇-〇〇〇〇		請求回数 第 回 (年 月 分)
地方公務員災害補償基金 鹿児島県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日 請求者の住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇番地 フリガナ カゴシマ シロウ 氏 名 鹿児島 四郎
受補償委任費用の	1 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） _____
関被する職事員項に	2 所属団体名 〇〇市	フリガナ カゴシマ シロウ
	所属部局名 〇〇部〇〇課 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)	氏 名 鹿児島 四郎
	職 名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤	昭和 〇 年 〇 月 〇 日生 (〇 〇歳) 負傷又は発病の年月日 令和 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	111,000 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 (看護士の資格) 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	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) 111,000 円
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 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 _____	本人の 口座
	口座名義人 法人機関又は役職の名称（フリガナ） _____ 法人機関又は役職の名称は記入不要です。 氏名（フリガナ） 鹿児島 四郎 (カゴシマ シロウ)	
<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
* 決定金額 円	* 通知 年 月 日	* 支払 年 月 日

複数月分請求の場合は〇〜〇月分と

診療費の3割 (108,000円) と認定請求料 (診断書料 3,000円)の合計

任意の口座を指定する場合は個人番号を記載しないでください。(公金受取口座を指定する場合は入金に時間を要しますので予め御承ください。)

〔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) 鹿兒島 四 郎									
傷病名	ア 左アキレス腱断裂 イ ウ	診療開始日	ア 令和〇年8月1日	診療期間	令和 〇年8月1日から						
			イ 年 月 日		令和 〇年8月31日まで						
初診	時間外・休日・深夜 回 270点	傷病の経過	ウ 年 月 日	診療実日数	〇 日						
			再診	再診 69× 6回 414	〇〇〇〇〇〇〇〇						
再診	外来診療料 × 回	傷病の経過	継続管理加算 × 回	〇〇〇〇							
	外来管理加算 × 回		時間外 × 回								
休日 × 回	深夜 × 回										
深夜 × 回											
深夜 × 回											
指導		転	令和 〇 年 8 月 3 1 日								
在宅	往診 回 夜間急診 回 深夜・緊急患者訪問診察の薬剤 回	帰	治 ゆ	継続	転 医						
		中止	死亡	摘 要							
投薬	内服薬 薬剤調剤 × 単位 1,035	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">左の明細の記入又は添付</div> <p>※ 自己負担分の領収書(原本)を添付すること。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;">診断書は具体的な名称を記載してください。 (例) 診断書 (公務災害申請用)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">診断書料は消費税非課税です</div>									
	屯服薬 薬剤調剤 × 単位										
外用薬 薬剤調剤 × 単位											
処方薬 薬剤調剤 × 単位 81											
注射	皮下筋肉内 3 回 79										
注射	静脈内 5 回 2,246										
処置	薬剤 4 回 196										
処置	薬剤 12 回 31										
手術・麻酔	薬剤 4 回 7,866										
検査	薬剤 1 回 33										
検査	薬剤 8 回 966										
画像診断	薬剤 1 回 169										
その他											
入院	入院年月日 令和 年 月 日	食 基 準 〇〇〇 円 × 〇〇 日間 事 〇〇〇 円 × 日間 〇〇〇 円 × 日間									
	病・診・衣 〇〇〇 入院基本料・加算 〇〇〇 × 〇〇 日間 〇〇〇 〇〇〇〇 × 〇〇 日間 〇〇〇 × 日間 × 日間 × 日間										
院	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 36,000	1点単価 × 10	360,000 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	診断書	3,000 円							
診療費請求合計額				363,000 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 style="text-align: center;">診療機関の</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>所在地</td> <td>〇〇〇〇</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>〇〇病院</td> </tr> <tr> <td>医師の氏名</td> <td>甲野 乙郎</td> </tr> </table> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p>						所在地	〇〇〇〇	名称	〇〇病院	医師の氏名	甲野 乙郎
所在地	〇〇〇〇										
名称	〇〇病院										
医師の氏名	甲野 乙郎										

必ず証明を受けること。

指定医療機関の場合 (被災職員→指定医療機関→基金支部)

(P48 (1) 参照)

様式第5号

療養の給付請求書

認定
番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長 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 令和 〇年 〇月 〇日	
		(〒〇〇〇-〇〇〇〇)	
		請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地	
		ふりがな 氏名 <small>かごしま はなこ</small> 鹿児島花子	
1 被災職員に関する事項	所属団体名 〇〇市	所属部局名 〇〇部〇〇課	
	氏名 鹿児島花子	職名 主事	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	昭和〇〇年〇月〇日生 (〇〇歳)	負傷又は発病の令和 〇年 〇月 〇日 年月日	
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇町〇〇
		名称	〇〇病院
	(旧)	所在地	
		名称	

* 受理	令和 年 月 日	* 通知	令和 年 月 日
* 決定 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	令和 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。
- 「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所在地及び名称を記入し、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所在地及び名称を記入すること。
- 年月日の記載には、元号を用いる。

(被災職員 → 指定医療機関 → 基金支部)

※ 指定医療機関が記入します。

地方公務員災害補償療養補償請求書（指定医療機関用）

一 金 円

ただし、令和 年 月 分

(受給者) 外 名

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

請 求 者

所 在 地

名 称

代 表 者 名

地方公務員災害補償基金鹿児島県支部長 殿

振込先金融機関名	銀行 支店
口座番号	普通預金
ふ り が な 預 金 名 義 者 名	

※ 預金名義者には必ずふりがなを付けてください。

第3章 障害補償請求書等

※ 障害補償請求書等の提出時の留意点

障害補償請求書は、必ず任命権者を経由して基金支部に提出するものとし、担当者は、提出時に次の点を確認してください。

- 1 必要事項はすべて記入されているか。
- 2 残存障害診断書は添付されているか。
- 3 残存障害診断書に必要事項の記載漏れはないか。（治ゆ年月日、障害の部位及び障害の状態の詳細等）

障害補償の場合、障害の部位や障害の程度により障害等級がかなり異なってきます。診断書に障害の部位を示す図や関節の可動域の数値等が記載されているかを確認し、不明な点がありましたら、主治医等と連携を取り確認してください。

また、疼痛等がある場合は、その程度まで記載されているかも確認してください。

- 4 「治ゆ報告書」を提出し、「治ゆ認定」を受けているか。
- 5 平均給与額算定書の計算間違いはないか。
- 6 平均給与額算定書の額の基礎となる給与明細書の写し、出勤簿の写し等の書類は添付されているか。
- 7 その他の必要書類は添付されているか。

手指の欠損等、障害が外見上確認できるものについては、障害部位の写真等も添付するよう指導してください。

～傷病治ゆ後に障害が残ったら～

(事例)

被災職員は、清掃作業員で、令和2年5月22日ゴミの収集作業中、ゴミ袋の中に入っていた刃物で右中指を切断したとして、公務災害認定請求をし、令和2年8月10日認定となった。(認定傷病名：右中指切断創)

災害発生後、被災職員は療養を続けてきたが、令和3年11月29日付けで主治医に症状固定と診断された。右中指末節骨より欠損しており、断端に疼痛を残している。

(提出書類等)

- ① 障害補償請求書 (P113)
- ② 残存障害診断書 (P114～P115)
- ③ 上・下肢の機能障害表 (P116)
- ④ 平均給与額算定書 (P117～P118)
- ⑤ 平均給与額算定書に係る給与明細書の写し、出勤簿の写し、各種手当の根拠法令等

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

障害等級を8～14級で請求する場合

(1～7級の場合は様式第9号の年金請求書を使用してください)

1号紙

地方公務員災害補償基金 鹿児島県 支部長 殿 下記の障害補償一時金 障害特別支給金 障害特別援護金 障害特別給付金 を 請求(申請)します。		請求(申請)年月日 令和〇年〇月〇日 〇〇市〇〇町〇番〇号 請求(申請)者の住所 フリガナ カゴシマゴロウ 氏名 鹿児島 五郎	認定番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇
1 関被する職事員項に	所属団体名 〇〇市 所属部局名 環境事業部清掃課清掃係 職名 清掃員	フリガナ カゴシマゴロウ 氏名 鹿児島 五郎 昭和〇年〇月〇日生(〇〇歳) 負傷又は発病の年月日 令和〇年〇月〇日 治ゆ年月日 令和〇年〇月〇日	治ゆ報告書の治ゆ年月日と一致しているか確認すること
	常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤的非常勤 <input type="checkbox"/>	令和〇年〇月〇日	
	2 障害の部位及びその程度 右中指 末節骨より欠損 3 既存障害とその程度 なし 4 障害等級 第12級 第10号	令和〇年〇月〇日	
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)) 10,061円 × 156 + ()円 × () = 1,569,516円		
6 障害特別支給金 申請金額等 障害特別援護金	障害特別支給金 200,000円 障害特別援護金 1,100,000円	傷病特別支給金の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
7 障害特別給付金申請金額の計算	[船員の場合] (平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ)) (A) $\left\{ 10,061 \text{円} \times 156 + () \text{円} \times () \right\} \times \frac{20}{100} = 313,903 \text{円}$ (B) $1,500,000 \text{円} \times \frac{156}{365} = 641,095 \text{円}$		
8 障害特別給付金申請金額	313,903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 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 口座名義人 氏名(フリガナ) 鹿児島 五郎 (カゴシマゴロウ)		
	<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	一時金 法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円	* 障害等級 第 級 第 号	
	特別支給金 円	* 通知 年 月 日	
	特別援護金 円	* 支払 年 月 日	
	特別給付金 円		
	合計 円		

治ゆ報告書の治ゆ年月日と一致しているか確認すること

限度額

任意の口座を指定する場合は個人番号の口座を指定しないこと。

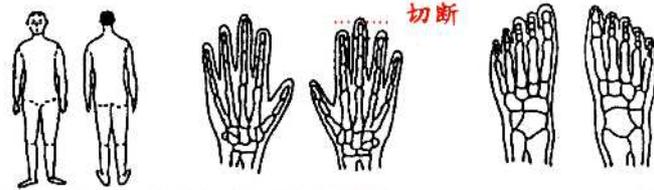
場合公金受取口座を指定する場合は任意の口座を指定しないこと。

残存障害診断書

認定番号

〇〇〇〇-〇〇〇〇

氏名	鹿見島 五郎			生年月日	昭和・平成〇年〇月〇日(〇歳)							
被災日	令和5年5月22日			治ゆ又は症状固定日	令和6年11月29日 治ゆ 症状固定							
入院期間	年 月 日から ()日間 年 月 日まで			通院期間	〇年〇月〇日から 実治療日数 〇年〇月〇日まで (〇)日							
傷病名	(初診時の症状及び経過) 右中指切断創			既存障害	(部位・程度・状況等)							
残存障害の内容												
主訴又は自覚症状	右中指は末節を欠損し断端に疼痛を訴える											
他覚症状及び検査結果	<p style="text-align: center;">右中指は遠位指節間関節で切断され、末節が欠損している。</p> <p style="text-align: center;">※疼痛について、労働には差し支えないが、受傷部位にほとんど常時疼痛を残すと認められる。</p>											
種類	残存障害の程度および内容											
眼球の障害	視力		調節機能		視野狭窄(8方向)							
	裸眼	矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上
	左			()D								
	右			()D								
眼動障害	1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる			2 注の視広野さ	左右両眼							
眼瞼障害	※ 眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害											
聴力介の害欠と損	オーディオメーター検査成績				語音明瞭度検査	人声聴力検査成績						
	左	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()db$			最良明瞭度 %	大 声 話声語	不能	接耳可能	()cmにて可能			
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()db$			最良明瞭度 %	大 声 話声語	不能	接耳可能	()cmにて可能			
	※ 耳鳴の有無及びその程度				※ 耳介の欠損程度							
鼻障の害	※ 鼻軟骨の欠損程度			※ 鼻の機能障害(鼻呼吸・嗅覚等について)								
	全部・大部分・一部分											
言語の機能害	※ 1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他()〕 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音) 4 その他…				外歯ぼやうの欠損状障害又は	(醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等) (歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等)						
そしゃく機能の害	※ 1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつてそしゃくが充分でないもの											

種類	残存障害の程度および内容																																																
精神・神経・泌尿器の障害 (生殖器・泌尿器の障害)	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)																																																
	(障害の程度を図示又は説明してください) 切断位は………、障害部位は  で図示して下さい。																																																
切断・知覚等の障害																																																	
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">脊(び)柱(奇)の(変)形(及)害</td> <td colspan="2">※部位…頸椎・胸椎・腰椎</td> <td>前 屈</td> <td>度</td> <td>後 屈</td> <td>度</td> <td>コルセット用</td> <td colspan="5">有(一時的・恒久的)・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2">※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他</td> <td>左 屈</td> <td></td> <td>右 屈</td> <td></td> <td>コルセットの種類</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">()</td> <td>左回旋</td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> <td>その他</td> <td colspan="5"></td> </tr> </table>													脊(び)柱(奇)の(変)形(及)害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前 屈	度	後 屈	度	コルセット用	有(一時的・恒久的)・無					※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他		左 屈		右 屈		コルセットの種類						()		左回旋		右回旋		その他				
脊(び)柱(奇)の(変)形(及)害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前 屈	度	後 屈	度	コルセット用	有(一時的・恒久的)・無																																									
	※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他		左 屈		右 屈		コルセットの種類																																										
	()		左回旋		右回旋		その他																																										
下短肢の縮	左下肢長 cm		短縮の原因				体幹骨長管骨の変形	※部位																																									
	右下肢長 cm							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																																									
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																																					
	別添 上・下肢の機能障害表に記載してください																																																
備考																																																	
予後の所見	(機能回復の見込み、その他参考所見)																																																
<p>上記のとおり診断いたします。</p> <p>所在地 ○○市○○町○○番 名 称 ○○病院 医師氏名 ○○○○</p> <p>○ 年 ○ 月 ○ 日</p>																																																	

- 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下さい。
 - 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下さい。
 - 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。

上・下肢の機能障害表

部位名 (関節名)	運動種類		自動		他動		部位名 (関節名)	運動種類		自動		他動		
			左	右	左	右				左	右	左	右	
頸部	前	屈	度		度		小指	中手指節	屈曲	度	度	度	度	
	後	屈						節	伸展					
	回	旋 (捻転)	左旋					近位指節	屈曲					
			右旋					間	伸展					
	側	屈	左屈					遠位指節	屈曲					
右屈							間	伸展						
胸腰部	前	屈(屈曲)					股	屈	曲					
	後	屈(伸展)						伸	展					
	回	旋 (捻転)	左旋					外	転					
			右旋					内	転					
	側	屈	左屈					外	旋					
右屈							内	旋						
肩 (肩甲帯の動きも含む)	屈曲(前方挙上)					膝	屈	曲						
	伸展(後方挙上)						伸	展						
	外転(側方挙上)					足 (関節)	背	屈						
	内	転					底	屈						
	外	旋					母指 (趾)	中足指節	屈曲					
	内	旋						節	伸展					
間	伸展					指節		屈曲						
肘	屈	曲					間	伸展						
	伸	展					関	伸展						
前腕	回	内					第2指 (趾)	中足指節	屈曲					
	回	外						節	伸展					
手	背	屈						近位指節	屈曲					
	掌	屈						間	伸展					
	橈	屈						遠位指節	屈曲					
	尺	屈					間	伸展						
母指	橈側	外転					第3指 (趾)	中足指節	屈曲					
	掌側	外転						節	伸展					
	中手指節	屈曲						近位指節	屈曲					
	間	伸展						間	伸展					
	指節	屈曲						遠位指節	屈曲					
示指	中手指節	屈曲					第4指 (趾)	中足指節	屈曲					
	間	伸展						節	伸展					
	近位指節	屈曲						間	伸展					
	間	伸展						遠位指節	屈曲					
	遠位指節	屈曲						間	伸展					
中指	中手指節	屈曲					第5指 (趾)	中足指節	屈曲					
	間	伸展						節	伸展					
	近位指節	屈曲						近位指節	屈曲					
	間	伸展						間	伸展					
	遠位指節	屈曲						遠位指節	屈曲					
薬指	中手指節	屈曲												
	間	伸展												
	近位指節	屈曲												
	間	伸展												
	遠位指節	屈曲												

平均給与額算定書

被災職員の氏名及び生年月日	鹿兒島 五郎 ○年 ○月 ○日生	補償の種類	障害補償一時金
---------------	---------------------	-------	---------

暦日数です。

実際に勤務した日のほか、有給の休暇日や祝祭日、年末年始の休日など、給与支給の対象となる日を含みます。土曜・日曜やその振替日等は含まれません。

療養のための年次休暇及び療養していた勤務を要しない日を含みます。

特例に関する条例により、給料の減額が行われている場合には減額前の額を記入します。

支払月のものではなく、実績月のものを記入してください。また、これは、「日、時間、出来高払制によって定められた給与」に該当します。

給与改定があった場合には改定後の額を記入してください。

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	令和5年2月1日から 令和5年2月28日まで	令和5年3月1日から 令和5年3月31日まで	令和5年4月1日から 令和5年4月30日まで	計	備考
総日数	28日	31日	30日	89日	
勤務した日数	19日	21日	20日	60日	
控除日数					
給料	240,800円	240,800円	248,000円	729,600円	
扶養手当	0円	0円	0円	0円	
地域手当	35,800円	35,800円	36,000円	107,600円	
住居手当	8,000円	8,000円	9,000円	25,000円	
通勤手当	5,200円	5,200円	5,500円	15,900円	
時間外勤務手当	7,600円	5,700円	4,000円	17,300円	
宿日直手当					
計	297,400円	295,500円	302,500円	895,400円	

(A) 法第2条第4項本文による金額

(給与総額)	(総日数)	寒冷地手当	
895,400円	89	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	
=		円 × 5 ÷ 365 =	円 銭 (イ)
		(イ) + (ロ) =	10,060円 67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)		
17,300円	60	×	$\frac{60}{100}$
=		172円 99銭 (ハ)	
(その他の給与の総額)	(総日数)		
878,100円	89	=	9,866円 29銭 (ニ)
		(ロ) + (ハ) + (ニ) =	10,039円 28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	=
		(総日数)	(控除日数)	円 銭	
		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)		
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	=
		(総日数)	(控除日数)
		日 -	日
		(チ) + (リ) =	円 銭

(D) 規則第3条第1項による金額 (給与総額)		(総日数)	給与改定があった場合には、改定後の額を記入してください。																																															
円 ÷		=	円 銭																																															
①災害発生日 (令和5年 5月 22日) に おける基本的給与の月額 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">行 (一)</td> <td style="text-align: center;">職給料表</td> <td style="text-align: center;">○ 級</td> <td style="text-align: center;">○ 号給</td> </tr> <tr> <td>給 料</td> <td></td> <td></td> <td>248,000 円</td> </tr> <tr> <td>扶 養 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>36,000 円</td> </tr> <tr> <td>地 域 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">計</td> <td></td> <td></td> <td>284,000 円</td> </tr> </table>	行 (一)	職給料表	○ 級	○ 号給	給 料			248,000 円	扶 養 手 当			36,000 円	地 域 手 当			円	特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当			円	計			284,000 円	②補償事由発生日 令和6年 11月 29日) に おける基本的給与の月額 <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">行 (一)</td> <td style="text-align: center;">職給料表</td> <td style="text-align: center;">○ 級</td> <td style="text-align: center;">○ 号給</td> </tr> <tr> <td>給 料</td> <td></td> <td></td> <td>248,000 円</td> </tr> <tr> <td>扶 養 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>36,000 円</td> </tr> <tr> <td>地 域 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">計</td> <td></td> <td></td> <td>284,000 円</td> </tr> </table>	行 (一)	職給料表	○ 級	○ 号給	給 料			248,000 円	扶 養 手 当			36,000 円	地 域 手 当			円	特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当			円	計			284,000 円	補償事由発生日 (右側②の欄) の属する年度 (4月1日～翌年3月31日) の4月1日現在の被災職員の年齢です。
行 (一)	職給料表	○ 級	○ 号給																																															
給 料			248,000 円																																															
扶 養 手 当			36,000 円																																															
地 域 手 当			円																																															
特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当			円																																															
計			284,000 円																																															
行 (一)	職給料表	○ 級	○ 号給																																															
給 料			248,000 円																																															
扶 養 手 当			36,000 円																																															
地 域 手 当			円																																															
特 地 勤 務 手 当 又 は へ き 地 勤 務 手 当			円																																															
計			284,000 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)																																																		
284,000 円 ÷		30	= 9,466 円 66 銭																																															
(G) 規則第3条第4項による金額 災害発生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 (フ)																																															
(フ) 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			4,060 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			歳																																															
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		10,061 円	(A) 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。																																																		
令和○年 ○月 ○日		名称 ○○市○○町○番○号 所属部局の 所在地 ○○市環境事業部清掃課 長の職・氏名 課長 ○○○○																																																

最低補償額で、総務大臣が定め、令和6年4月1日現在4,060円です。

年金たる補償の場合に適用されます。

(A) ~ (K) の各欄の額を比較し、いちばん高い額を記入してください。ただし、年金たる補償又は休業補償の場合には、(L) の欄の最低限度額、最高限度額と比較し、それを下回り、又は超える場合には、最低限度額又は最高限度額を記入してください。この場合、(K) 欄は記入不要です。

円未満は、切上げ