

地方公務員災害補償基金福岡県支部における認定関係等様式一覧

1 認定関係の様式

・公務災害認定請求書類一覧表	1
・通勤災害認定請求書類一覧表	3
(1) 公務災害認定請求書(様式第1号)	5
(2) 通勤災害認定請求書(様式第2号)	7
(3) 通勤災害認定請求書(様式第2号の2)	9
(4) 現認証明書	11
(5) 事実証明書	12
(6) 医療機関受診報告書	13
(7) 診断書(医証)	14
(8) 災害発生状況図	15
(9) 腰痛、頸部痛、肩部痛又は膝部痛の症状及び医学的所見	16
(10) 同意書(別紙1)	17
(11) 同意書(別紙2)	18
(12) 腰痛に関する報告書	19
(13) 頸部痛、肩部痛又は膝部痛に関する報告書	20
(14) 療養の経過に関する報告書	21
(15) 既往歴報告書	22
(16) 公務災害・通勤災害認定請求書類チェックリスト	23
(17) 公務災害・通勤災害認定請求の遅延原因とその改善策に係る報告書	25

2 補償関係の様式

(1) 療養の給付請求書(様式第5号)	27
(2) 療養の給付請求書(様式第5号)の請求書(指定医療機関が「療養の給付請求書」と併せて提出)	28
(3) 療養補償請求書(様式第6号) 1号紙	29
(4) 療養補償請求書(様式第6号) 2号紙(明細記載 1号紙の裏面)	30
(5) 療養補償請求書(様式第6号) 3号紙(院外処方調剤薬局の場合の明細・1号紙と併せて使用)	31
(6) 交通費証明書	33
(7) 個室・上級室使用証明書	35
(8) 転医届	36
(9) 治ゆ(症状固定)報告書	37
(10) 療養の現状等に関する報告書(療養6か月・1年経過用)	38
(11) 療養の現状等に関する報告書(様式第38号)	39
(12) 日常生活状況申立書	41
(13) 知覚異常に係る申立書	43
(14) 平均給与額算定書	45
(15) 障害補償年金等請求書(様式第9号)	49
(16) 障害補償一時金等請求書(様式第11号)	51

(17) 障害の現状報告書（傷病補償年金）（様式第 39 号）	53
(18) 障害の現状報告書（障害補償年金）（様式第 40 号）	55
(19) 遺族の現状報告書（様式第 41 号）	57

3 第三者加害事案関係の様式

・ 第三者加害事案必要書類一覧表	59
(1) 第三者行為による災害届出書	61
(2) 事故発生状況報告書	63
(3) 誓約書	64
(4) 第三者加害事案に係る補償先行の申出書	65
(5) 事実確認書	66
(6) 事実確認書未提出理由書	67
(7) 第三者加害行為現状報告書	68
(8) 損害賠償受領報告書	69

4 公務災害防止対策実施要領

5 記載例

(1) 公務災害認定請求書（様式第 1 号）	81
(2) 通勤災害認定請求書（様式第 2 号）	83
(3) 現認証明書	85
(4) 事実証明書	86
(5) 医療機関受診報告書	87
(6) 療養の経過に関する報告書	88
(7) 療養の給付請求書（様式第 5 号）	89
(8) 療養の給付請求書（様式第 5 号）の請求書	90
(9) 療養補償請求書（様式第 6 号）【非指定医療機関】	91
(10) 療養補償請求書（様式第 6 号）【院外処方調剤薬局】	93
(11) 療養補償請求書（様式第 6 号）【自己負担分の請求】	95
(12) 治ゆ（症状固定）報告書	97
(13) 事故発生状況報告書	98
(14) 第三者行為による災害届出書	99
(15) 第三者加害行為現状報告書	101
(16) 損害賠償受領報告書	102
(17) 公務災害防止対策実施報告書（様式第 2 号）	103

公務災害認定請求書類一覧表

< 共通の書類 >

<input type="checkbox"/> 公務災害認定請求書
<input type="checkbox"/> 現認証明書又は事実証明書
<input type="checkbox"/> 診断書(医証)
<p>注1)死亡の場合、死亡診断書(写し)又は死体検案書(写し)で可。</p> <p>注2)腰部・頸部の受傷の場合は、「診断書」に代えて別の様式有り。次ページP2「2 疾病の場合」参照。</p>
<input type="checkbox"/> 医療機関受診報告書
<input type="checkbox"/> 療養の経過に関する報告書
<input type="checkbox"/> 災害発生場所の見取図 (配置図等に災害場所を示したもの)
<input type="checkbox"/> 災害発生状況図 (写真やイラスト、4コマ程度でわかりやすく)
<input type="checkbox"/> 出勤簿や出勤に関する証明
<input type="checkbox"/> 事務分担表・事務分掌表
<input type="checkbox"/> 公務災害・通勤災害認定請求書類チェックリスト

< 災害状況に応じて添付する書類 >

自己の職務遂行中	<input type="checkbox"/> 通常業務:従事していた業務内容を示す書類 <input type="checkbox"/> 臨時業務:所属長の職務命令書等
職務遂行に伴う合理的行為中	<input type="checkbox"/> 基金支部が指示する書類
準備行為又は後始末行為中	<input type="checkbox"/> 基金支部が指示する書類
出張中	<input type="checkbox"/> 出張命令書、出張用務に関する書類、出張経路上の災害の場合は経路図 <small>市内出張や公用車出張などで命令書がない場合は公用車使用申請書の写しなど確認できる書類を添付。</small>
特別な事情下での出退勤途上	<input type="checkbox"/> 通勤届、通勤経路図、特別な事情下での出退勤を証明する書類等
訓練中	<input type="checkbox"/> 訓練計画書、参加者名簿等
レクリエーション参加中	<input type="checkbox"/> 実施伺いの写し <input type="checkbox"/> 実施要領(要綱)、開催通知、日程表、参加者名簿等 <small>実施伺いの写しは、地方公務員法第42条の規定に基づくレクリエーションであることが確認できるもので、職員の厚生事業を担当する課等による企画、立案、実施等について任命権者が決裁したもの。</small>
その他の場合	<input type="checkbox"/> 基金支部が指示する書類

時間外(休日)勤務等の確認が必要な事案、疾病事案、第三者加害事案(加害者がいる災害)、自動車、自動二輪の交通単独事故事案、その他 → 次のページ(P2)の資料も添付

1 時間外(休日)勤務等の確認が必要な事案

時間外(休日)勤務に係る場合	<input type="checkbox"/> 時間外(休日)勤務命令簿や特別な勤務に係る帳簿・資料
宿日直勤務に係る場合	<input type="checkbox"/> 宿日直勤務命令簿等
交代制勤務に係る場合	<input type="checkbox"/> 勤務割振表、各勤務の勤務時間表

教職員等で時間外勤務命令簿がない場合、命令が行われていたことを示す所属長の証明を添付。

2 疾病事案

傷病が腰痛、頸部痛、肩部痛又は膝部痛に関するもの ・・・腰椎捻挫、頸椎捻挫のほか、腰部・頸部・肩部・膝部の傷病名。	<input type="checkbox"/> 腰痛、頸部痛、肩部痛又は膝部痛の症状及び医学的所見 ※腰部・頸部・肩部・膝部以外の傷病名が同時に無い場合は通常の診断書は不要 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> 腰痛に関する報告書又は頸部痛に関する報告書
疾病傷病、又は基金から指示があった場合	<input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> 同意書
針刺し事故等汚染血液への接触事故	<input type="checkbox"/> 職員の血液検査表の写し <input type="checkbox"/> 基金支部が指示する書類
脳疾患(外傷性を除く)、心疾患、精神疾患	別途調査事項が定められているため、基金支部に相談すること。

3 第三者加害事案(加害者がいる災害) (「第三者加害事案関係の様式」参照)

共通書類(「第三者加害事案関係の様式」の「第三者加害事案必要書類一覧表」参照)	<input type="checkbox"/> 第三者行為による災害届出書 <input type="checkbox"/> 誓約書
交通事故の場合 (自転車による事故を含む)	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書(原則「人身事故」扱いのものとする) <input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書
職務上の怨恨による場合	<input type="checkbox"/> 職務との関連性についての所属長の証明書
その他の事案	<input type="checkbox"/> 基金支部が指示する書類
補償先行の場合(基金支部に事前相談)	<input type="checkbox"/> 補償先行の申出書 <input type="checkbox"/> 事実確認書又は事実確認書未提出理由書

4 自動車、自動二輪の単独交通事故事案

自動車、自動二輪の単独事故	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書
---------------	----------------------------------

5 常勤的非常勤の場合

<input type="checkbox"/> 出勤簿、辞令(ともに災害発生日の前日から過去1年間)
<input type="checkbox"/> 常勤職員と同様の勤務時間であることを示す書類、基金支部が指示する書類

6 学校に勤務する「常勤講師」の場合

<input type="checkbox"/> 辞令の写し(任用更新後の災害の場合は更新前の辞令の写し(給与の発令が掲載されているもの)も添付)

7 請求遅延の場合(基金への到達が被災日の翌日から起算して2か月を超えることとなった場合)

<input type="checkbox"/> 公務災害・通勤災害認定請求の遅延原因とその改善策に係る報告書

通勤災害認定請求書類一覧表

<共通の書類>

☐ 通勤災害認定請求書

☐ 現証明書又は事実証明書

☐ 診断書(医証)

○診断書取得の注意点については、公務災害認定請求書類一覧表を参照

☐ 医療機関受診報告書

☐ 療養の経過に関する報告書

☐ 災害発生場所の見取図

☐ 災害発生状況図又は事故発生状況報告書

☐ 通勤届

☐ 通勤経路図 ※

☐ 出勤簿や出勤に関する証明

☐ 公務災害・通勤災害認定請求書類チェックリスト

<災害発生の状況に応じて添付する書類>

時間外(休日)勤務に係る場合

☐ 時間外勤務命令簿等

交代制勤務に係る場合

☐ 勤務割振表、各勤務の勤務時間表

勤務終了後、私的用件により庁舎内に留まった後の退勤途中の場合

☐ 退庁時間遅延理由書

年次休暇を取り、遅れて出勤又は早退した場合

☐ 年次休暇届等

通勤届の経路又は方法以外の合理的な経路又は方法による通勤途中の場合

代替の経路又は方法による通勤途中の場合

☐ 代替経路等使用理由書

子供を保育園等に預けている場合

☐ 保育通勤理由書

その他の場合

☐ 合理的経路等使用理由書

日用品の購入等のため通勤経路を逸脱・中断した場合

☐ 日用品購入等理由書

第三者加害事案(加害者がいる災害)の場合
(「第三者加害事案関係の様式」の「第三者加害事案必要書類一覧表」参照)

【共通】

☐ 第三者行為による災害届出書
☐ 誓約書

交通事故の場合
(自転車による事故を含む)

☐ 交通事故証明書(原則「人身事故」扱いのものとする。)
☐ 事故発生状況報告書

補償先行の場合
(基金に事前相談のこと)

☐ 補償先行の申出書
☐ 事実確認書又は事実確認書未提出理由書

自動車、自動二輪の単独交通事故

☐ 交通事故証明書

腰部・頸部受傷の場合
常勤的非常勤職員の場合

「公務災害認定請求書類一覧表」P2掲載の書類

請求遅延の場合(基金への到達が被災日の翌日から起算して2か月を超えた場合)

「公務災害認定請求書類一覧表」P2掲載の書類

※ 通勤経路は、市販の道路地図等に通常の通勤経路(黒色太線)、被災当日の通勤経路(赤色)、災害発生現場(×印)を明記すること。

※ 公務災害・通勤災害様式集に掲載していない必要書類は任意に作成すること。

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

CHICAGO, ILL.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

公務災害認定請求書

		*認定 番号	
		請求年月日	年 月 日
		(〒 -)	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 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。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 被災職員との続柄	
1 被災 職員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名（電話 ）	
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		第 号
	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年 月 日 生（ 歳）	
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	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		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		

* 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
* 通 知	年 月 日	* 認 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

〔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✓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。

2		
災害発生 の 状 況		
* 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。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> <div style="font-size: 3em;">{</div> <div style="text-align: center;"> 所在地 所属部局の 名 称 長の職・氏名 </div> </div>	
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者 加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
* 5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 120px; height: 40px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 任命権者の職・氏名 </div>	

- 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 清掃職員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。

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	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。		請求年月日 年 月 日 (千 ー)	
		請求者の住所	
		ふりがな 氏 名 被災職員との続柄	
1 被災 職員 に 関 す る 事 項	所属団体名		所属部局・課・係名（電話
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 第 号		
	□男 □女 ふりがな 氏 名 年 月 日 生（ 歳）		
	職 名 □常 勤 □令第1条職員		
	災害発生の日時 年 月 日（ 曜日） 午前 午後 時 分ごろ		
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		

* 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
* 通 知	年 月 日	* 認 定	年 月 日 □該 当 □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✓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 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。
 - 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。

2 災 害 発 生 の 状 況 等	(1) 災害発生の日の勤務開始（予定） 時刻又は勤務終了の時刻	前 午 時 分 後	ごろ				
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	前 午 時 分 後	ごろ				
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた 時刻	前 午 時 分 後	ごろ				
	(4) 災害発生の状況						
*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 <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>長の職・氏名</td> </tr> </table>			{	所在地	名称	長の職・氏名
{	所在地						
	名称						
	長の職・氏名						
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者 加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の 写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他						
*5 任 命 権 者 の 意 見	<table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></table> <table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></table> <table border="1" style="width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></table> 年 月 日 任命権者の職・氏名						

- 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。
- 1 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
 5 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 清掃職員 16 その他の職員
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

通 勤 災 害 認 定 請 求 書

法第2条第2項第2号及び第3号関係 兼業及び単身赴任者の住居間の移動の間		*認定 番号	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		(〒 -) 請求者の住所	
		ふりがな 氏 名 被災職員との続柄	
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名(電話)	
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		第 号
	ふりがな 氏 名		□男 □女 年 月 日 生 (歳)
	職 名		□常 勤 □令第1条職員
	災害発生の日時		年 月 日 (曜日) 午 前 時 分 ごろ 後
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
傷病の部位及びその程度			

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

2 災 害 発 生 の 状 況 等	(1) 勤務開始（予定）又は 勤務終了の年月日及び時刻	年 月 日 午 前 時 分頃 後
	(2) 住居又は就業の場所を 離れた年月日及び時刻	年 月 日 午 前 時 分頃 後
	(3) 勤務場所を離れた 年月日及び時刻	年 月 日 午 前 時 分頃 後
	(4) 災害発生の状況	
*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 所属部局の 名 称 長の職・氏名	
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者 加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の 写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
*5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 50px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 50px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 50px; height: 50px;"></div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 任命権者の職・氏名 </div>	

- 勤務開始（予定）年月日及び時刻を、災害が注意事項3の③の移動の際に生じたものである場合は、勤務終了年月日及び時刻を記入すること。また、(2)の欄は、災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所から離れた年月日及び時刻を、注意事項3の②の際に生じたものである場合は、家族が住む住居を離れた年月日及び時刻を、注意事項3の③の際に生じたものである場合は、単身赴任先の住居を離れた年月日及び時刻を記入すること。また、(3)の欄は、災害が注意事項3の③の際に生じたものである場合に記入すること。
- 6 災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所の名称及び住所を、注意事項3の②及び③の際に生じたものである場合は、家族が住む住所を、「2 災害発生の状況等」の(4)の欄に記入すること。
- 7 「*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 8 「*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
- 9 「*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。
- 1 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
 5 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 清掃職員 16 その他の職員
- 10 年月日の記載には元号を用いる。

現 認 証 明 書

被災職員	所属部局			
	職 氏 名		年 齢	歳
	現 住 所			
災害発生日時		年	月	日
災害発生場所				
現 認 時 の 状 況 等				
		参 考 事 項		
<p style="text-align: center;">上記のとおり現認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所又は所属 職 氏 名</p>				

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

事 実 証 明 書

被災職員	所属部局			
	職 氏 名		年 齢	歳
	現 住 所			
災害発生日時		年	月	日
災害発生場所		時 分頃		
災害発生 の 状 況 等				
		参 考 事 項		
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p style="margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="margin-top: 20px;">住所又は所属 職 氏 名</p>				

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

医療機関受診報告書

被災職員	所 属		災 害 発 生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
療 養 経 過			
年 月 日	医 療 機 関		治 療 費
初診 ・ ・ ～ ・ ・	所在地	〒 電話	① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称		
初診・転医 ・ ・ ～ ・ ・	所在地	〒 電話	① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称		
初診・転医 ・ ・ ～ ・ ・	所在地	〒 電話	① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称		
転医の理由（該当するものの記号を○で囲んでください） ア 医師から指示があったため（下欄に医師の証明） イ 継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため ウ その他（ ）			
医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ） 次の理由により _____ へ転医させたことを証明します。 理由 <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; height: 150px; margin: 10px 0;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>年 月 日</div> <div>所 在 地</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>医療機関の</div> <div>名 称</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div></div> <div>医師の氏名</div> </div>			

（注1）災害発生から認定請求までの当該災害に係る医療機関の受診状況を正確に記載してください。この医療機関受診報告書に記載された医療機関に係る転医については、「転医届」を提出する必要はありません。ただし、この医療機関受診報告書に記載し、認定請求をした後に、当該災害に係る傷病について転医した場合には、「転医届」を所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金に必ず提出してください。

（注2）年月日の記載には元号を用いてください。

診 断 書 （ 医 証 ）

氏 名		勤 務 先	
年 月 日 生 歳			
住 所			
傷病名			
症状および所見			
初診月日 年 月 日		個室の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
診療見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日		理由 <input type="checkbox"/> 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いと認められる場合	
入院見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日		<input type="checkbox"/> 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と認められる場合	
看護の必要性 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 被災職員が赴いた病院または診療所の普通室が満室でかつ緊急に入院療養させる必要があると認められる場合	
同上見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日		<input type="checkbox"/> その他特別な事情があると認められる場合 必要とする見込期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">診療機関</div> <div style="text-align: center;">所 在 地 名 称 担当医師</div> </div>			

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

災 害 発 生 状 況 図

被災時の状態が一目で分かる写真若しくは図（必要に応じて負傷部位の拡大写真（図）など複数添付）

作成年月日	年 月 日
作成者の 所属・職 氏 名	

（注1）作成した写真若しくは図には適宜コメントを記入してください。

（注2）年月日の記載には元号を用いてください。

腰痛、頸部痛、肩部痛又は膝部痛の症状及び医学的所見

氏名 年 月 日 生 (歳)	勤務先
住所	
傷病名	
初診年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	診療見込期間 年 月 日 ~ 年 月 日
主訴	
初診時の所見	
影像所見	
素因又は基礎疾患のない健康な人であっても発症するほどの外力が、主訴の原因となった災害により負傷部位に対して加わったと認められるかについて	
主訴の原因となった災害の発生前から被災職員が有していたと考えられる負傷部位に係る素因又は基礎疾患は認められるかについて	
<p>上記のとおり、所見を述べます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">作成者</p> <p style="text-align: right;">(医療機関) 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">名 称 _____</p> <p style="text-align: right;">担当医師 _____</p>	

(注1) 認定請求傷病が腰痛、頸部痛、肩部痛又は膝部痛を伴う疾病のときに使用する診断書です。

(ここに記載された傷病については「診断書(医証)」を別途取得する必要はありません。)

(注2) 年月日の記載には元号を用いてください。

同意書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

住 所

氏 名

印

生年月日

年 月 日

所 属

私が 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等を行うに当たり、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な事項（災害発生状況に係る資料等）

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。

以上

（注1）請求者の氏名は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

（注2）年月日の記載には元号を用いてください。

同 意 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

住 所

氏 名

印

被災職員との続柄

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

記

1 被災職員 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

所属（死亡又は離職当時）

2 個人情報

- (1) 診療録、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI画像等を含む。）及び主治医等の意見
- (2) 共済組合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な事項（災害発生状況に係る資料等）

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。

以上

（注1）請求者の氏名は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

（注2）年月日の記載には元号を用いてください。

腰痛に関する報告書

被災職員	所属	職名	氏名			男
			年	月	日生 (歳)	女
被災職員	身長	体重	被災年月日			
	cm	kg	年	月	日	
災害発生時の状況	概要（災害発生時の動作、姿勢について、できる限り詳細に記述すること。）					
	通常の動作と異なった出来事（滑った、転んだ等）等					
	足下の状態					
	取たり重量物	取扱物	材質・形状			
		重量（根拠）	大きさ 縦 横 高さ			
kg						
腰過部去疾3患年歴間	傷病名	初診年月	受診医療機関			
	受傷内容、治療内容、その後の経過、今回受傷前の状態					
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被災職員</p> <p style="text-align: right;">所 属 長</p>						

（注 1）過去 3 年間腰部疾患歴の記載欄が不足する場合は、様式「既往歴報告書」を使用してください。

（注 2）年月日の記載には元号を用いてください。

頸部痛、肩部痛又は膝部痛に関する報告書

被災職員	所属	職名	氏名 年 月 日生 (歳) 男 女
	身長 cm	体重 kg	被災年月日 年 月 日
災害発生時の状況	概要（頸部、肩部又は膝部に外力が加わった状況について、できる限り詳細に記述すること。）		
過去3年間の疾患歴の	傷病名	初診年月	受診医療機関
	受傷内容、治療内容、その後の経過、今回受傷前の状態		
<p>上記のとおり報告します。 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被災職員</p> <p style="text-align: right;">所属長</p>			

(注1) 過去3年間疾患歴の記載欄が不足する場合は、様式「既往歴報告書」を使用してください。

(注2) 年月日の記載には元号を用いてください。

療養の経過に関する報告書

受診医療機関名 診療頻度	治療内容	症状の経過（疼痛・痺れの箇所等）
<p>（現在の症状）</p> <p>（現在の通院状況）</p> <p>ア 現在は通院していない。（最終通院日： 年 月 日）</p> <p>イ 現在も通院している。（直近通院日： 年 月 日）</p>		
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">被災職員</p> <p style="text-align: right;">所 属 長</p>		

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

既往歴報告書

被災職員	所属	職名	氏名				男
			年 月 日生 (歳)				女
	身長 cm	体重 kg	被災年月日 年 月 日				
今回傷病名							
今回被災部位に関連する既往歴の有無 (○で囲む) 有 ・ 無							
※ 既 往 歴 有 の 場 合 の 具 体 的 内 容	番号	受傷時期	受傷部位	傷病名	受診医療機関	初診年月	
<p>受傷内容、治療内容、その後の経過、今回受傷前の状態等(上の「番号」の欄と対応させて記入してください。)</p>							
<p>上記のとおり報告します。 年 月 日</p> <p>被災職員</p> <p>所属長</p>							

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

公務災害・通勤災害認定請求書類チェックリスト

※ 認定請求書は、このリストのすべての項目を確認した上で提出してください。不備を改めて、全項目にチェック（☑）が入ったら、認定請求書に添付して提出してください。

●添付書類全般

- ☐ 「公務災害・通勤災害認定書類添付書類一覧表」（基金福岡県支部 HP「公務災害・通勤災害様式集」にあります。）に記載されている添付書類は揃っているか。

●公務災害・通勤災害認定請求書（基金福岡県支部 HP「公務災害・通勤災害様式集」に記載例があります。）

- ☐ 認定請求書に記載された複数の日付の前後に間違いはないか（「所属部局の長の証明」欄の日付、「請求年月日」欄の日付の順）。
- ☐ 共済組合員証・健康保険組合員記号番号は正確に記載されているか（団体番号が省略されていないか）。
- ☐ 災害発生の日時・場所は、添付書類中の記載内容と一致しているか。
- ☐ 傷病名は、診断書の傷病名と一致しているか。
- ☐ 「災害発生の状況等」欄は、被災職員の視点・立場から記載されているか。
- ☐ 負傷の場合、「災害発生の状況等」欄の記載内容から、負傷の瞬間が再現できるか。

●現認証明書・事実証明書（基金福岡県支部 HP「公務災害・通勤災害様式集」に記載例があります。）

- ☐ 現認証明書と事実証明書（現認者がいない場合に使用する。）の正しい使い分けがされているか。
- ☐ 作成者の視点で記載されているか。
- ☐ 現認証明書には、いつ何を見聞きしたかが、また、事実証明書には、被災職員から、いつどのような内容の報告を受けたかが、それぞれ記載されているか。
- ☐ 加害者以外の者が作成しているか（第三者加害事案の場合）。

●診断書（医証）

- ☐ 診療見込期間の記載漏れがないか。
- ☐ 写しを提出する場合、療養補償の対象とならないことを被災職員及び医療機関に説明しているか。

裏面に続く

●医療機関受診報告書

- ☐ 受診したすべての医療機関が記載されているか。
- ☐ 「治療費」欄の記載漏れはないか。
- ☐ 転医した場合、「転医の理由」欄は記載されているか。

●療養の経過に関する報告書

- ☐ 受診したすべての医療機関での療養について記載されているか。
- ☐ 最終通院日または直近通院日の記載漏れはないか。

●災害発生状況図

- ☐ 災害発生時の動作・状況がひと目で分かるか。

●出張命令簿・公用車使用申請簿等の写し

- ☐ 勤務公署外での公務遂行中に被災した場合、出張命令簿や公用車使用申請簿などの写しが添付されているか。
また、これらの帳簿等がない場合、その理由を説明する資料が添付されているか。

●通勤経路図（通勤災害事案の場合）

- ☐ 「通勤災害認定書類添付書類一覧表」の通勤経路図※のとおりで作成されているか。

●休暇簿（休暇を取得しての通勤時における通勤災害事案の場合）

- ☐ 被災日を含む期間に係る休暇簿（年次休暇分及び病気休暇分）の写しが添付されているか。

●第三者加害行為による災害届書（第三者加害事案の場合）

- ☐ 記載漏れはないか（特に加害者・保険会社・交渉相手方の情報）。
- ☐ 交通事故の場合は事故証明書（人身事故扱い）が添付されているか。

確認者（公務災害担当者）

所属の郵便番号：〒

所属の住所：

所属名：

氏名：

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

療養の給付請求書

		認定 番号			
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿 下記の指定医療機関等における療養の給付 を請求します。			請求年月日 年 月 日		
			請求者の住所 氏 名		
1 被災職員に 関する事項	所属団体名		所属部局名		
	氏 名		職 名		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生 (歳)		負傷又は 発病の日 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		
			名 称		
		(旧)	所在地		
			名 称		

* 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
* 通 知	年 月 日	* 決 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不支給

〔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✓印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関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。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

【請求書送付先】

〒812-8577

福岡県福岡市博多区東公園7番7号

地方公務員災害補償基金福岡県支部

TEL 092-643-3031

FAX 092-633-3438

年 月 日

請 求 書

¥ 也

但し、下記職員の として

(診療報酬明細、計算内訳別添のとおり)

被災職員氏名

認定番号

地方公務員災害補償基金

福岡県支部長 殿

郵便番号

住所

電話番号

医療機関名称

代表者

印

(振込口座)

銀行名

預金種別・口座番号

口座名義人

名義人ふりがな

地方公務員災害補償基金福岡県支部記載箇所	
支払年月日	支払決定金額
	円

(注)

- 1 計算内訳とは、診療報酬に1点単価を掛けたものをいいます。
- 2 本請求書と内容が同一であれば、任意の請求書でかまいません。
- 3 入院中に病衣を算定された場合には摘要欄に貸与理由の記載をお願いします。

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

療養補償請求書

		認定番号			
		請求回数		第 回 (年 月分)	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿 〒812-8577 福岡市博多区東公園7番7号 地方公務員災害補償基金福岡県支部 TEL 092-643-3031 FAX 092-633-3438 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 フリガナ 氏 名			
1 受補償 費用の 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。 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 災職 事員 項に	所属団体名		フリガナ 氏 名		
	所属部局名 (電話番号)		年 月 日生 (歳)		
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		負傷又は発病の年月日 年 月 日		
3 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり			円	
4 調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり			円	
5 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり			円	
	年 月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 看護師の資格 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			円	
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 から まで km			円	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費				
7 上記以外の療養費 (3～6以外)	円			8 療養補償請求金額 (3～7の合計額)	円
9 送金 希望 口座 等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する 個人番号				
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 本支店等名 口座種別 <input 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)				
	<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

〔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があること。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	アイウ				診療開始日	アイウ	年	月	日	診療期間	年	月	日から	年	月	日まで
初診	時間外・休日・深夜				回	点				診療実日数	日					
再診	再外	来診	療料	×	回											
	続管	理加	算	×	回											
	外管	理加	算	×	回											
	時間	外	算	×	回											
	休	間	外	×	回											
指導	深夜	診	間	×	回											
	在宅	患者	訪問	診	察	回										
在宅	その他	薬	回													
	内服	薬剤	単位													
	調剤	×	回													
	屯服	薬剤	単位													
	調剤	×	回													
薬	外用	薬剤	単位													
	調剤	×	回													
	処方	×	回													
注射	皮下	筋肉	内	回												
	静脈	の	内	回												
処置	薬	剤	回													
	手麻	術	回													
検査	薬	剤	回													
	画像	断	回													
その他	入院	年月日	平成	年	月	日										
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間												
入院			×	日間												
			×	日間												
院			×	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					
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。) 年 月 日																
診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名																

*11 調剤費請求明細				(職員氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名 称						
		所在地						
担当医名		1.		3.				
		2.		4.				
調剤期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間 調剤実日数 日						
医師番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤数量	調 剤 報 酬 点 数		
			医療品名・規格・用量・ 剤型・用法	単 位 薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	.	.		点		点	点	点
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
	.	.						
処方せん受付回数		回	摘要					
調剤基本料(点)		時間外加算等(点)		指導料(点)		合計点数 点		
						合計金額 円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。) 年 月 日 薬局の { 所在地 名 称 薬剤師の氏名								

地方公務員災害補償

交通費証明書

認定番号

1 被災職員に 関する事項	所属団体			所属部局															
	職名			氏名	(歳)														
2 通院等 に 関 する 事 項	災害発生日	年 月 日		初診日	年 月 日														
	傷病名																		
	入院期間 □有、□無	年 月 日から 年 月 日まで.....日間																	
	通院等の期間	年 月 日から 年 月 日まで.....日間																	
	通院等した回数 回 ((イ)+(ロ)+(ハ))	通院等回数	通院等した月日																
		回	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日
		(イ)		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
		回	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	
	回	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	日	
(ハ)		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 type="checkbox"/> タクシー（ハイヤーを含む。）																		
上記中タクシーを利用した期間	年 月 日から 年 月 日まで.....日間																		
タクシーを利用しなかった理由																			
<p>上記のとおりであったことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関の 名称</p> <p>医 師</p>																			

3 交通費の明細に関する事項	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
						km	円	回	円
	合 計								

上記のとおり交通費を必要としたことを証明します。

年 月 日

所在地
所属部局 名 称

長の職・氏名

- 〔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。)した場合にのみ「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必ず請求者が作成した療養の状況及び経過等を記した資料並びに領収書又は請求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付記してください。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. 年月日の記載には元号を用いてください。

略図

個室・上級室使用証明書

		認定番号			
所 属 団 体			所属部局		
被災職員氏名			災害発生 年 月 日	年 月 日	
傷 病 名					
入 院 期 間	年 月 日から 年 月 日			日間	
個室・上級室を 必要とした期間	年 月 日から 年 月 日			日間	
個室、上級室を必要 とした理由 (該当項目に○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おそれがあった。</p> <p>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>				
等級別病室明細		個 室	上 級 室 (人部屋)		
	1 日 当 た り 室 料 差 額	円		円	
<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;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p>					

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

転 医 届

		認定番号		
所 属 団 体			所属部局	
被災職員氏名			災害発生 年 月 日	年 月 日
傷 病 名				
現在受診して いる医療機関	所 在 地			
	名 称			
	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 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			
	名 称			
	転医（検査 受診）月日	年 月 日		
転医（精密検査）の理由（該当するものの記号を○で囲んでください） ア 医師から指示があったため（下欄に医師の証明） イ 継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため ウ その他（ ）				
医師の証明（医師の指示により転医（精密検査）した場合のみ） 次の理由により _____ へ転医させたことを証明します。 転医（精密検査）の理由 （ 年 月 日 所 在 地 医療機関の 名 称 医師の氏名 ）				
上記のとおり転医したいので、届け出します。 年 月 日 被災職員氏名 地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿				

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

治 ゆ (症状固定) 報 告 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

被災職員 { 所属団体
部局名
氏 名

下記のとおり { ☐ 治ゆし、療養の必要がなくなりました
☐ 症状固定しました } ので報告します。

1 認定番号			
2 被災年月日	年 月 日		
3 傷病名			
4 治ゆ年月日 (症状固定年月日)	年 月 日		
	※治ゆ(症状固定)日と5の最終通院日が異なる場合はその理由を記入してください。 理由:		
5 受診医療 機関等	病(医)院・薬局名	診療期間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
6 療養費の 支払方法	<input type="checkbox"/> 公災法 <input type="checkbox"/> 共 済 <input type="checkbox"/> 自動車保険 <input type="checkbox"/> その他 ()		
7 後遺障害の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※有の場合その部位及び程度を具体的に記入	

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所属長

(注1) 5は受診した全ての医療機関名(薬局含む)を順次記載すること。

(注2) 7の後遺障害とは地方公務員災害補償法施行規則別表第三の障害等級に該当する障害をいうこと。

(注3) 後遺障害を有とする場合は、必ず主治医に治ゆ日(症状固定日)を確認すること。(医師の証明取得は不要。)

(注4) 年月日の記載には元号を用いること。

療養の現状等に関する報告書（療養6か月・1年経過用）

認定 番号	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿 療養の現状等について下記のとおり報告します。 年 月 日 報告者の住所 ふりがな 氏 名 所属団体名・所属部局名	
1 負傷又は発病の年月日	年 月 日
2 療養開始の年月日	年 月 日
3 傷 病 名	
4 療養の経過 受診医療機関名、診療頻度（月〇回、週〇回）、療養内容、経過、治ゆ（症状固定）の見込みを記載すること。	
（骨折後の抜釘等が予定されている場合、手術日） <input type="checkbox"/> 決まっている （ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 決まっていない （ 年 月頃を予定）	

- 公務災害・通勤災害認定を受け、災害から引き続き療養が ①6か月を経過したとき ②1年を経過したときに、それぞれ所属を通じて地方公務員災害補償基金福岡県支部あてに提出すること。
- 経過の内容については、①6か月を経過したとき 認定時の「療養の経過に関する報告書」以降の内容、②1年を経過したとき 前回の報告以降の内容としてよいこと。
- 既に「治ゆ（症状固定）」している場合は、この報告書によらず、「治ゆ報告書」を提出すること。
- 年月日の記載には元号を用いること。

様式第 38 号

療養の現状等に関する報告書

認定
番号

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

年 月 日

報告者の住所

氏 ^{ふりがな} 名

個人番号

□□□□□□□□□□□□□□

所属団体名・所属部局名

1 負傷又は発病の年月日	年 月 日
2 療養開始の年月日	年 月 日
3 傷 病 名	
4 療 養 の 経 過	
5 日 常 生 活 の 概 要	

〔注意事項〕

- 1 報告者は、医師の証明の欄には記入しないこと。
- 2 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 2 条第 5 項に規定する個人番号を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

※災害補償制度でいう「治ゆ」とは、「完全治ゆ」のほか、症状が固定し、もはや医療効果が期待できなくなった状態「**症状固定**」を含みます。

* 6 医 師 の 証 明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) ア 傷病の現状

イ ①～③までのいずれに該当するか○印をしてください。(※)

① 完全治癒している。

② 症状が固定している。(①を除く。)

③ 症状が固定していない。

その場合症状固定の見込み時期

年

月頃

(4) 傷病の今後の見込み

(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

医療機関の

所在地

名称

医師の氏名

別紙2

日常生活状況申立書

1 日常生活の状況（該当するものを選んで、どれか1つに○をして下さい。）

障害の程度		障害の程度	障害の程度	障害の程度	障害の程度	
日常動作	障害の程度	普通の人と同じにできる	できるが普通の人より遅い	なんとか一人でできる	手伝ってもらえばできる	全くできない
上肢の動作	歯を磨く					
	顔を洗う					
	ドアの開閉					
	タオルをしぼる					
	本のページをめくる					
	文字を書く					
	指で物をつまむ					
	くだものの皮をむく					
下肢の動作	立ち上がる					
	一人で歩く (m)					
	杖を使って歩く (m)					
	階段を上る (手すりー要・不要)					
	階段を下りる (手すりー要・不要)					
	物を持って運ぶ					
食事動作	一人で食事をする					
	はしを使う					
	スプーンを使う					
	補装具を使用して食べる					
	茶碗を持って食べる					
	コップで水を飲む					
入浴	浴槽への出入り					
	身体を洗う					
	頭を洗う					
用便	和式トイレの使用					
	洋式トイレの使用					
	後始末をする					
衣服の着脱	シャツの着替え					
	ズボンの着替え					
	靴下の履き替え					
	ボタンのかけはずし					
体幹	寝返りをうつ					
	四つばいになる					
	座位を保つ (分)					
	立位を保つ (分)					
障害の程度		通じる (はい)	少し通じる (少し)	通じない (いいえ)		
日常動作						
会話	家族と話す					
	他人と話す					
	相手の話しの内容がわかる					
	電話の受け答えができる					

障害の程度		できる (はい)	少しできる (少し)	できない (いいえ)	備 考
精神及び神経	日常動作				
	いま何時かわかりますか				
	ここは何処かわかりますか				
	人の名前を覚えていますか				
	物の名前がわかりますか				
	外出して1人で自宅に帰れますか				
	いま聞いたことをすぐ忘れがちですか				
	最近の出来事を忘れがちですか				
	簡単な買物をして釣銭の計算は出来ますか				
	小便を漏らしますか				
	大便を漏らしますか				
	怒りやすくなりましたか				
	物事を自分からやろうとする意欲がありますか				
	ちょっとしたことで泣き出したり笑い出したりしますか				
	僅かなことで興奮しますか				
	文字を読めますか				
	文章を書けますか				
	頭痛やめまいがありますか				
	時々意識を失うことがありますか				
	訳もなく歩きまわることがありますか				
	新聞やテレビを見て内容を理解出来ますか				

2 全般的な状況（自用を弁じ得る程度、介護の状況、労働能力の状態等を中心として起床から就寝までの日常生活の状況等）

（注1）この申立書は障害認定の補足資料といたしますので正確に詳しく記入して下さい。

（注2）上記事項を家族が代筆する場合は氏名及び請求人との身分関係を明記して下さい。

記載年月日 年 月 日

被災職員名

記載者名

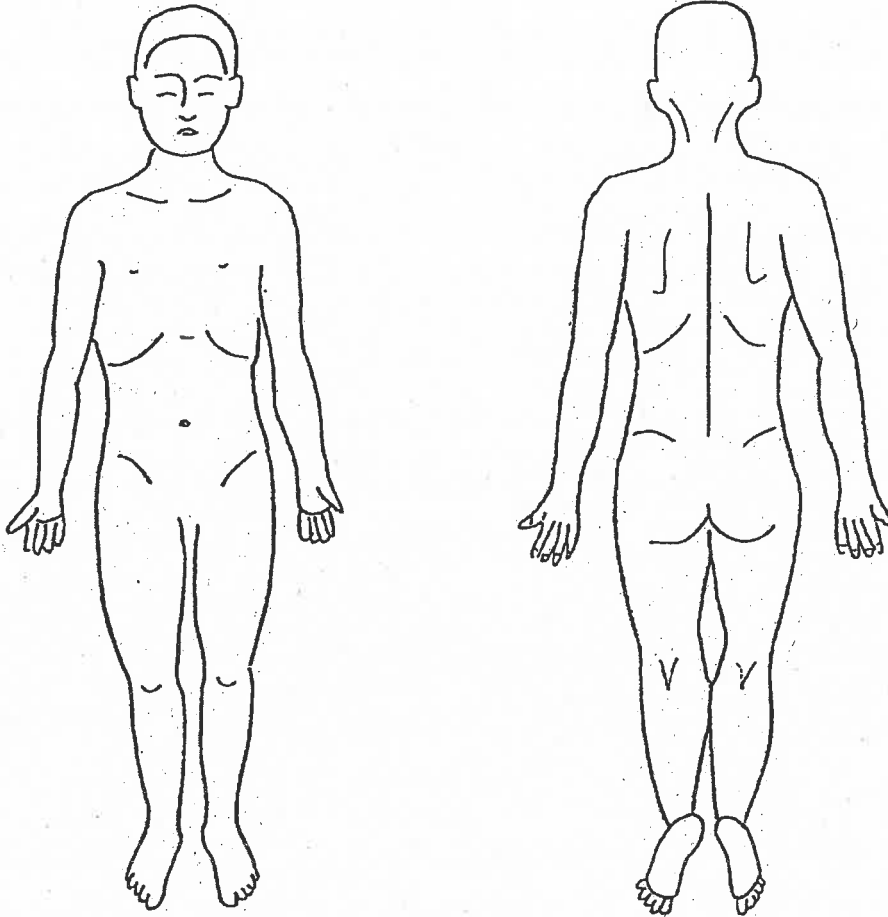
（続柄）

知覚異常に係る申立書

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

このことについて、次のとおり申し立てます。

- 1 知覚異常の部位（知覚異常の種類に応じて、適宜、色分けしてください。）



- 2 知覚異常の内容（痛み・しびれ等）・程度

- 3 知覚異常の起きる時期（どういう時に知覚異常を感じるか）とその継続時間

* 2、3は、知覚異常の種類や部位に応じて内容が異なる場合は、それぞれについて教えてください（別紙可）。

年 月 日

所属

職名

氏名

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

平均給与額算定書

2号紙

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

1 平均給与額算定内訳

災害発生の日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与
(通勤手当については、地方公務員災害補償法施行規則第3条第5項に規定する各月ごとの合計額)

給与期間	年月日から 年月日まで	年月日から 年月日まで	年月日から 年月日まで	計	備考
総日数	日	日	日	日	
勤務した日数	日	日	日	日	
控除日数	日	日	日	日	
給 与 計	給料	円	円	円	円
	扶養手当	円	円	円	円
	地域手当	円	円	円	円
	住居手当	円	円	円	円
	通勤手当	円	円	円	円
	時間外勤務手当	円	円	円	円
	宿日直手当	円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円
		円	円	円	円

(A) 法第2条第4項本文による金額

(給与総額) (総日数)

円 ÷ = 円 銭 (i)

寒冷地手当

(災害発生の日の属する月の前月の末日以前における直近の寒冷地手当の支給日に支給された寒冷地手当の額)

円 × 5 ÷ 365 = 円 銭 (p)

(i) + (p) = 円 銭

(B) 法第2条第4項ただし書による金額

(日、時間又は出来高払制によ
って定められた給与の総額) (勤務した日数)

円 ÷ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (h)

(その他の給与の総額) (総日数)

円 ÷ = 円 銭 (c)

(h) + (c) = 円 銭

(C) 法第2条第6項による金額 (同条第4項本文計算)

(寒冷地手当の額) (控除日の属する月の給与の月額) (その月の総日数) (控除日数) (減額された給与の額)

$\left[\frac{\text{寒冷地手当の額} \times 5}{365} + \frac{\text{その他の給与の総額}}{\text{その月の総日数}} \right] \times \text{控除日数} = \text{円 銭 (b)}$

(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)

(b) + (h) = 円 銭 (l)

(寒冷地手当の額) (総日数) (給与総額) (b)

$\left[\frac{\text{寒冷地手当の額} \times 5}{365} \times \text{総日数} \right] + \text{円 銭 (b)} = \text{円 銭}$

(総日数) (控除日数)

日 - 日 =

(C') 法第2条第6項による金額 (同条第4項ただし書計算)

(日、時間又は出来高払制によって定められた
給与の総額 (控除日に支払われたものを除く)) (勤務した日数
(控除日を除く))

円 ÷ × $\frac{60}{100}$ = 円 銭 (f)

(寒冷地手当の額) (総日数) (その他の給与の総額) (b)

$\left[\frac{\text{寒冷地手当の額} \times 5}{365} \times \text{総日数} \right] + \text{円 銭 (b)} = \text{円 銭 (j)}$

(総日数) (控除日数)

日 - 日 =

(f) + (j) = 円 銭

[注意事項] 別紙参照。

(D) 規則第3条第1項による金額 (給与総額) (総日数)		
円 ÷ = 円 銭		
①災害発生日 (年 月 日) における基本的給与の月額 職給料表 級 号給 給 料 円 扶 養 手 当 円 地 域 手 当 円 特地勤務手当又は へき地勤務手当 円 計 円	②補償事由発生日 (年 月 日) における基本的給与の月額 職給料表 級 号給 給 料 円 扶 養 手 当 円 地 域 手 当 円 特地勤務手当又は へき地勤務手当 円 計 円	
(E) 規則第3条第2項による金額 (基本的給与の月額①)		
円 ÷ 30 = 円 銭		
(F) 規則第3条第3項による金額 (基本的給与の月額②)		
円 ÷ 30 = 円 銭		
(G) 規則第3条第4項による金額		
災害発生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(Ⅹ)		
(Ⅹ)及び(A) (B) (C) (C') (D) (E)のうち最も高い金額		
円 銭(Ⅳ)		
(Ⅳ) (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(Ⅶ)	
	(Ⅶ)及び(A) (B) (C) (C') (D) (E)のうち最も高い金額	
円 銭(Ⅶ)		
(Ⅶ) (総務大臣が定める率)		
円 銭 × = 円 銭		
(J) (H) (I)以外の金額		
円 銭		
(K) 規則第3条第7項による金額		
円		
(L) 法第2条第11項又は第13項による金額 法第2条第11項又は第13項の基準日における年齢 歳		
最高限度額	最低限度額	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
円	円	
2 平均給与額		
円 () による金額		
* 平均給与額の算定内訳は上記のとおりであることを証明します。 年 月 日		
所属部局の { 所在地 名 称 長の職・氏名		

平均給与額算定書

〔注意事項（2号紙）〕

- 1 請求（申請）者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 2 「勤務した日数」には、現実に勤務した日のほか、有給休暇等の日を含めた日数を記入すること。
- 3 「控除日数」には、1日の全部又は一部について、次に掲げる事由により勤務することができなかった日数を記入し、併せて当該事由を「備考」欄に記入すること。
 - (1) 傷病の療養のため勤務することができなかった場合
 - (2) 出産予定日の6週間前（多胎妊娠の場合にあっては、14週間）から出産後8週間以内において勤務しなかった場合
 - (3) 育児休業の承認を受けて勤務しなかった場合
 - (4) 介護のため承認を受けて勤務しなかった場合
 - (5) 地方公共団体（職員が当該地方公共団体が設立した地方独立行政法人に在職していた期間にあっては、当該地方独立行政法人）の責に帰すべき事由によって勤務することができなかった場合
 - (6) 職員団体の業務に専ら従事するために勤務しなかった場合
 - (7) 親族の傷病の看護のため勤務することのできなかった場合
 - (8) 休暇に関する条例等により、組合休暇を与えられて勤務しなかった場合
- 4 「給与」の欄中「時間外勤務手当」、「宿日直手当」等翌月払いの手当については、その月の支払済額ではなく、実際に勤務した月に直して記入すること。
- 5 (A)欄の「寒冷地手当」には、災害発生の日に支給地域に在勤し、かつ、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1年間に支給を受けたときに限り記入すること。
- 6 ①欄及び②欄の「地域手当」には、給料及び扶養手当の月額に対する地域手当の月額のみを記入し、管理職手当の月額に対する地域手当の額は含まないこと。
- 7 給与が日額で定められている常勤的非常勤職員の場合の①欄及び②欄の「給料」には、給与日額に次に掲げる区分に応じ、次に掲げる数を乗じて得た額を記入すること。
 - (1) 土曜日を休日としている地方公共団体及び地方独立行政法人（以下「地方公共団体等」という。） 21
 - (2) 第2土曜日及び第4土曜日を休日としている地方公共団体等 23
 - (3) (1)及び(2)以外の地方公共団体等 25
- 8 (G)欄及び(I)欄の「（総務大臣が定める率）」は、規則第3条第4項の規定に基づき総務大臣が定める災害発生の日の属する期間の区分に応じた率であること。

なお、(G)欄及び(I)欄の「基本的給与の月額①」は、災害発生の日が昭和60年4月1日前にあるときは、同日における基本的給与の月額となること。
- 9 (K)欄は、年金たる補償以外の補償を請求する場合に記入すること。
- 10 (L)欄は、年金たる補償及び休業補償（療養を開始して1年6月を経過している場合に限る。）を請求する場合に記入すること。
- 11 外国の地方公共団体の機関等に派遣される一般職の地方公務員の処遇等に関する法律第3条に規定する派遣職員にあっては、「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」欄には、派遣等の期間の初日の属する月の前月の末日から起算して過去3月間の給与を、(A)欄には外国の地方公共団体の機関等に派遣される一般職の地方公務員の処遇等に関する法律第5条第2項の規定による平均給与額等を定める省令（以下「省令」という。）第1条第1項の規定による金額を、(J)欄には省令第1条第3項による金額のうち最も高い金額を、(K)欄には省令第2条の規定による金額を、(L)欄には省令第4条又は第5条の規定による金額を記入し、省令第1条第3項の規定による計算の内訳を別紙として添付すること。
- 12 平均給与額の計算過程においては、端数処理は行わないこと。

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

1号紙

		認定 番号			
請求(申請)年月日		年 月 日			
請求(申請)者 の 住 所 ふりがな					
氏 名					
個 人 番 号		□□□□□□□□□□□□			
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名		
	氏 名		職 名		
	年 月 日生 (歳)		□常 勤 □令第1条職員		
	負傷又は 発病の年月日		治ゆ年月日		
2 障害の部位及びその程度					
3 既存障害とその程度					
4 障 害 等 級		第 級 号			
5 障害補償年金請求金額		(平均給与額) 円 × (日数) = 円			
6 他法年金の受給関係		□ の被保険者であった。 □被保険者ではなかった。			
7 障害特別支給金 申請金額等		障害特別支給金 円 障害特別援護金 円		傷病特別支給金 □有 の受給の有無 □無	
8 障害特別給付金申請金額 の計算		(平均給与額) (日数) (A) 円 × × $\frac{20}{100}$ = 円 (B) 1,500,000円 × $\frac{\text{日数}}{365}$ = 円			
9 障害特別給付金申請金額		円			
10 送金希望の場合	振 込 み	振込先金融 機 関 名	銀行 支店	*年金決定 年 額	法第30条の制限 □有 □無
		□普通預金 □当座預金		*特別支給金 決定金額	円
		口座番号		*特別援護金 決定金額	円
		預金名義者		*特別給付金 決定金額	円
	送金小切手	受取先金融 機 関 名	銀行 支店	*通 知	年 月 日
その他			*年金証書の番号	第 号	
*障害等級	第 級 号	*年金 支給開始年月		年 月	
		*特別支給金 特別援護金 の 支 払		年 月 日	

* 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

〔注意事項〕

- 1 請求（申請）者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成 25 年法律第 27 号）第 5 項に規定する個人番号の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合にのみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合には、その該当する障害等級を明記すること。
- 3 「3 既存障害補償を支給関係の者であるときは、□」の□にレ印を記入すると、その年金の種類、年額、係数について他法年金たる給付を受ける法律上の番号及び所轄年金事務所名等を記載した書類を添付すること。また、この請求書に、係数も掲げる年適用を受取る旨の報告書（附則第 3 条第 1 項の表の中欄に掲げる年金）を添付すること。
- 4 「6 障害特別給付金申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」の項は、同一の傷病に係る傷病特別支給金について受給の有無を記入すること。
- 5 「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の記入については、令第 1 条職員にあっては別に定めるところによること。
- 6 「9 障害特別給付金申請金額」の欄には、「8 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額（(A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額）を記入すること。
- 7 「平均給与額算定書（2号紙）」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- 8 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

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

1号紙

		認定番号				
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 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 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏 名		
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名			
	氏 名 年 月 日生 (歳)		職 名 <input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員			
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		治癒年月日 年 月 日			
2 障害の部位及びその程度						
3 既存障害とその程度						
4 障害等級 第 級 号						
5 障害補償一時金請求金額		(平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ)) 円 × + (円 ×) = 円				
6 障害特別支給金 申請金額等 障害特別援護金		障害特別支給金 円 障害特別援護金 円		傷病特別支給金の受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
7 障害特別給付金申請金額の計算		(平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ)) (A) { 円 × + (円 ×) } × $\frac{20}{100}$ = 円 (B) 1,500,000円 × $\frac{\text{日数(ア)}}{365}$ = 円				
8 障害特別給付金申請金額		円				
9 送金希望の場合	振込み	振込先金融機関名	銀行	支店	一時金 *決定金額	法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				円
		口座番号				円
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行	支店	円	円
		その他			円	円
	*障害等級 第 級 号		*通 知		年 月 日	
		*支 払		年 月 日		

* 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
----------------	------------	------------	------------

【注意事項】

- 請求(申請)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。
- 「3 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のみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 「5 障害補償一時金請求金額」の欄の「(日数(ア))」の項には、障害等級に応ずる法別表に掲げる日数を、「(日数(イ))」の項には、障害等級に応ずる令第7条各号に掲げる日数を、それぞれ記入すること。
- 「6 障害特別支給金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を記入すること。
- 「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「(日数(ア))」の項及び「(日数(イ))」の項には、3の例により記入すること。なお、令第1条職員の場合のこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 「8 障害特別給付金申請金額」の欄には、「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額を記入すること。
- 「平均給与額算定書(2号紙)」には、この請求に係る平均給与額についての算定内訳を記入すること。
- この請求書には、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真その他の資料を添付すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

様式第 39 号 (第 5 次改正・一部、第 10 次改正・一部、第 34 次改正・一部、第 39 次改正・一部、
第 50 次改正・一部、第 54 次改正・一部)

障害の現状報告書 (傷病補償年金)

		認定 番号		
<p>地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿</p> <p>障害の現状について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 _____</p> <p>_____</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名 _____</p> <p>この報告書に関して連絡ができる者 本人・家族 (氏名 _____)</p> <p>この報告書に関して連絡ができる電話 (_____)</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	障害の状況			
5	日常生活の概要			
6	他法年金の受給関係			
	年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月
				所轄年金 事務所等
<p>* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)</p>				

[注意事項]

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

* 7 医 師 の 証 明

(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入して下さい。
(日常生活の状態)

- | | | |
|--------|---|----|
| ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床
<input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる
<input type="checkbox"/> 通院 (単独歩行) できる | 理由 |
| ② 食 事 | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 理由 |
| ③ 用 便 | <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない
<input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる
<input type="checkbox"/> 支障がない | 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思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

様式第 40 号 (第 5 次改正・一部、第 10 次改正・一部、第 21 次改正・一部、第 34 次改正・一部、
第 39 次改正・一部、第 50 次改正・一部、第 54 次改正・一部)

障害の現状報告書 (障害補償年金)

		認定 番号		
<p>地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿</p> <p>障害の現状について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 _____</p> <p>_____</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名 _____</p> <p>この報告書に関して連絡ができる者 本人・家族 (氏名 _____)</p> <p>この報告書に関して連絡ができる電話 (_____)</p>				
1	年金証書の番号	第	号	
2	治癒年月日	年	月	
3	障害等級	第	級	
4	<p>障害の状況 (どちらかにレ印を記入。変更があった場合はその内容を記入する)</p> <p><input type="checkbox"/> この 1 年間で障害の状況に変更はなかった</p> <p><input type="checkbox"/> この 1 年間で障害の状況に変更があった</p>			
5	日常生活の概要			
6	他法年金の受給関係			
	年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支給開始 年月
				所轄年金 事務所等
			* <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 (免責)	

〔注意事項〕

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

〔注意事項〕

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

第三者加害事案必要書類一覧表

必要書類		交通事故	交通事故以外
認定時	通常の認定請求書等	○	○
	<input type="checkbox"/> 第三者行為による災害届出書	○	○
	<input type="checkbox"/> 事故発生状況報告書	○	不要
	<input type="checkbox"/> 交通事故証明書（自動車安全運転センター発） ※右下種別欄に「人身事故」と記載されていること。	○	不要
	<input type="checkbox"/> 誓約書	○	○
	【補償先行の場合】※事前に基金支部に相談		
	<input type="checkbox"/> 第三者加害事案に係る補償先行の申出書 <input type="checkbox"/> 事実確認書（加害者から取得） →取得できないときは、 <input type="checkbox"/> 事実確認書未提出理由書を提出。	○ ○	○ ○
随時	<input type="checkbox"/> 第三者加害行為現状報告書 次のいずれかに該当する場合に提出すること。 ①示談が成立せずに災害発生から6か月経過したとき ②治 ゆしたが損害賠償受領報告書を提出できないとき ③基金が 指示したとき	○	○
治 ゆ 時	<input type="checkbox"/> 治ゆ（症状固定）報告書	○	○
	<input type="checkbox"/> 損害賠償受領報告書	○	○

第三者行為による災害届出書

認定番号

<p>地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿</p>		<p>届出年月日 年 月 日</p>	
<p>(被災職員)</p>		<p>届出者の住所</p>	
<p>所 属</p>		<p>氏 名</p>	
<p>住 所</p>		<p>(災害発生日時)</p>	
<p>氏 名</p>		<p>年 月 日 午前・午後 時 分頃</p>	
<p>年 月 日生 男・女</p>		<p>(災害発生場所)</p>	
<p>第三者 (加害者)</p>			
<p>住 所 〒</p>		<p>電 話 ()</p>	
<p>ふりがな</p>		<p>氏 名 [性別] 男 女 年 月 日生 歳</p>	
<p>職 業</p>		<p><input type="checkbox"/> 業務執行中 <input type="checkbox"/> 業務外</p>	
<p>第三者 (加害者が未成年者の場合は親権者、精神障害者の場合は監督義務者を記載)</p>			
<p>住 所 〒</p>		<p>電 話 ()</p>	
<p>ふりがな</p>		<p>氏 名 続 柄</p>	
<p>勤務先 (加害者が業務執行中であった場合に記載)</p>			
<p>所 在 地 〒</p>		<p>電 話 ()</p>	
<p>ふりがな</p>		<p>氏名又は商号 代 表 者</p>	
<p>業 務 内 容</p>			
自動車損害賠償保障保険加入の有無	有 無	契約保険会社名	保 險 証 明 書 番 号
加 害 車 両	車 種		登 録 番 号
			車 台 番 号
自賠責保険の契約者	住 所 氏 名	電話 ()	保険契約期間 自 至 年 月 日 年 月 日
自動車の保有者	住 所 氏 名	電話 ()	契約者との関係
自動車の運転者	住 所 氏 名	電話 ()	保有者との関係
任意保険加入の有無	有 無	契約保険会社名	保 險 証 明 書 番 号
任意保険の契約者	住 所 氏 名	電話	保険契約期間 自 至 年 月 日 年 月 日
契約内容	対 人	万円	対 物 万円

被災職員の 人身傷害 補償保険 加入の有無	有 無	契約保険 会社名		保 険 証 明 書 番 号	
人身傷害 補償保険金 請求の有無	有 無	受領年月日	年 月 日		
		受 領 額	円		

(災害発生状況)

被災者・加害者の行動、災害発生状況（道路の状況等）
をわかりやすく記入してください。





(現場見取図)

(注)道路方向の地名(至〇〇方面)、道路幅、信号、横断歩
道、区画線、接触点等くわしく表示してください。

(災害発生原因)

被災職員が考える原因を記入してください。

自 車 
相手車 
通行方向 
信 号 

一時停止 
人 間 
自 転 車 
オートバイ 

目撃者	住 所	氏 名
-----	-----	-----

(損害賠償に関する話合の状況)

(交渉相手方)

住 所

氏 名

電 話 ()

第三者との関係

(過失の割合)

被災職員：第三者 :

(第三者から賠償金を支払っているときはその種別及び金額)








(過失割合の理由)

受領年月日	金額又は品物	受領内容 (療養費、慰謝料 等)

※示談成立の場合は写しを添付してください。

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号	第 号	当 事 者	甲 (加害運転者)	氏 名 (電話)	
自動車の番号			乙 (被 害 者)	氏 名 (電話)	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	{ してある してない 歩道 (両・片) { ある ない		直線・カーブ	平坦・坂
	見通し	{ 良い 悪い 積雪・凍結			
信号又は標識	信 号	{ ある ない 駐・停車禁止		{ されている されていない その他標識	
速 度	甲車両	km/h (制限速度	km/h)	乙車両	km/h (制限速度 km/h)
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を図示してください。	事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。)				
	<div style="text-align: right;"> 自 車  相手車  進行方向  信 号  一時停止  人 間  自 転 車  オートバイ </div>				
上記図の説明を書いてください。	<div style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black; height: 100px;"></div>				

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

甲との関係 ()

報告者

乙との関係 ()

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

誓 約 書

災害発生年月日	年 月 日	災害発生場所	
被災職員氏名			相手方氏名

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、同法第59条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの誓約書の取扱いにつき、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) この誓約書をもって(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) この誓約書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

地方公務員災害補償基金
福岡県支部長 殿

住 所 _____

氏 名 _____

(注) 年月日の記載には元号を用いること。

第三者加害事案に係る補償先行の申出書

		認 定 番 号	
所 属 団 体		所 属 部 局	
被災職員氏名		災 害 発 生 年 月 日	年 月 日

補償先行の 理 由	
損害賠償の 状 況	<p>(損害賠償に関する話合の状況)</p> <p>(加害者側で賠償金を支払っているときは、その種別および金額)</p> <p>(その他参考事項)</p>
<p>上記のとおり、申出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p>	

(注1) 基金の補償が実施され、基金が第三者に求償するときには、情報提供等十分な協力を行うこと。

(注2) 年月日の記載には元号を用いること。

事 実 確 認 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

(住所)

(氏名)

(連絡先) 自宅電話 ()

携帯電話 ()

第三者との関係: 本人、使用者、その他 ()

下記の事故に係る被災職員の治療関係費については、貴基金において補償先行していただくようお願いするとともに、後日、過失割合に応じた損害賠償義務額について貴基金から請求があった場合には、誠意をもって支払うことを確約いたします。

当 事 者	被災職員	所属	
		氏名	
	第三者	住所	
		氏名	
		年 月 日生 (歳)	
事故発生日		年 月 日 () 時 分 ころ	
事故発生場所			
事故発生状況		事故の概要 過失割合 (被災職員: 第三者) :	
保険加入状況		任意保険・傷害保険等加入の有無 (有 無) 契約保険会社名 () 保険証明書番号 ()、契約者名 () 保険契約期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 契約内容 (対人 万円、対物 万円)	
補償先行を求める理由		1 示談ができないため ア 損害賠償金を支払う資力がない イ 事実関係等 (※) で協議中である ウ その他の理由 () 2 保険給付に時間を要するため 3 その他 ()	

(注1) 補償先行を求める理由で、イ 事実関係等で協議中である の場合は、括弧内に「加害行為の有無」「過失割合」「損害の範囲」など具体的に記入すること。

(注2) 年月日の記載には元号を用いること。

事実確認書未提出理由書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

被災職員（住所）

（氏名）

下記の理由により事実確認書の提出ができません。

加 害 者	住所	
	氏名	年 月 日生（ 歳）
加害者以外の 賠償義務者	住所	
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	関係	親権者・使用者・自動車運行供用者・その他（ ）
	住所	
	氏名	年 月 日生（ 歳）
	関係	親権者・使用者・自動車運行供用者・その他（ ）
【事実確認書が提出できない理由】 1 加害者が不明又はその所在が不明であるため （不明の状況： ） 2 加害者と長期間接見できないため （接見できない理由： ） （接見できる時期： ） 3 その他 （ ）		
上記の記載は、被災職員から聴取した内容と相違ありません。 <div style="text-align: right;"> 年 月 日 所属部局名 _____ 担当者名 _____ </div>		

（注）年月日の記載には元号を用いること。

第三者加害行為現状報告書

所属団体・部局名
被災職員氏名

下記事案の第三者（加害者）の現況及び交渉の状況を下記のとおり報告します。

現状報告書の 提出理由（番号に○）	<p>1 示談が成立せず災害から6か月経過したため</p> <p>2 治ゆしたが損害賠償受領報告書が提出できないため</p> <p>3 基金からの提出指示があったため</p>
----------------------	---

認定番号	—
災害発生年月日	年 月 日
第三者氏名	<p>()</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者不明</p> <p><input type="checkbox"/> 第三者が未成年（親権者氏名)</p> <p>第三者（親権者）支払の意思 (有 無)</p> <p>第三者（親権者）資力 (有 無)</p> <p>無の場合、資力無の証明書類の提出 (有 無)</p>
補償方針	示談先行 補償先行
治ゆ状況	<p>未治ゆ（治ゆ見込み 年 月頃）</p> <p>治ゆ報告提出済み（治ゆ 年 月 日）</p>
後遺障害（見込み）	有 ・ 無

示談の状況

示談締結の場合	締結年月日	年 月 日
	内容	別添示談書写しのとおり
<p>示談未締結の場合 （該当にチェックする）</p> <p><input type="checkbox"/> 加害者と交渉中 （経過を右欄に記載）</p> <p><input type="checkbox"/> 交渉不能 （経過・理由を右欄に記載）</p> <p>不足する場合は任意の記録 を添付すること。</p>		

（注）年月日の記載には元号を用いること。

損害賠償受領報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

氏 名:

第三者から次のとおり損害賠償を受領しましたので報告します。

認定番号					
被災職員		氏名			
		所属			
経過	災害発生日	年 月 日	治 ゆ 日	年 月 日	
	示談締結日	年 月 日	賠償金受領日	年 月 日	
損害 賠償 の内 訳	区 分	金 額 (円)		摘 要	
	療養補償分			【内訳】 治療費 円 看護料 円 通院費 円 その他（義肢、松葉杖等） 円	
	休業補償分				
	障害補償分			障害等級 級 号	
	介護補償分				
	遺族補償分				
	葬祭補償分				
	慰謝料分				
	その他			物損分他	
	過失割合（被災職員：加害者）			：	
自動車事故の場合（どちらかを囲む）			自賠責範囲内 ・ 任意保険使用		
添付資料	示談書写し（免責調書）、対人損害積算明細書、その他（ ）				

(注1) 保険会社からの対人損害積算明細書など損害賠償の内訳が分かる書類を添付してください。

(注2) 年月日の記載には元号を用いてください。

公務災害防止対策実施要領

1 趣旨

地方公務員の職場において、安全で快適な職場環境を確保することは、任命権者の責務であり、任命権者は職員の公務災害の発生を未然に防止するために、労働安全衛生法に基づき、安全衛生管理体制の整備をはじめ、職員の危険又は健康障害を防止するための措置、職員の就業に当たっての措置、健康の保持増進のための措置、快適な職場環境の形成のための措置その他の安全衛生対策を講じる必要がある。また、公務災害が発生した場合には、その発生原因を分析・検証し、同様の災害が発生しないよう対策を講じる必要がある。

このため、以下に掲げる対策を講じることにより、各任命権者における公務災害発生防止に対する意識の向上を図るとともに公務災害の発生防止に努めることとする。

2 実施内容

- (1) 各任命権者は、公務災害の発生を受け、発生原因を分析・検証し、災害防止対策を講じる。
また、その内容について支部長に報告する。
- (2) 支部長は、その報告内容を集約し、取りまとめの上、各任命権者に公務災害防止対策事例集として送付する。
- (3) 各任命権者は、同事例集を参考に日ごろから公務災害防止対策を講じる。

3 対象とする災害

原則として、公務災害を対象とする。ただし、通勤災害（公務通勤（「公務上の災害の認定基準について」（平成15年9月24日地基補第153号）の記の1の（1）のキに掲げる出勤又は退勤）を含む。）は、任命権者が防止対策を講じることが困難なことから、対象としない。

4 実施方法

- (1) 実施方法は、次に掲げる被災職員の任命権者の区分に応じ、それぞれに定めるとおりとする。
 - ア 被災職員の任命権者が福岡県知事又は福岡県教育委員会である場合 所属長は、支部長から公務災害認定通知書を受領した後、1月以内に公務災害防止対策を講じ、様式第1号その1（福岡県教育委員会にあっては様式第1号その2）に様式第2号を添付して、総務部総務事務厚生課長（福岡県教育委員会にあっては教育庁教育総務部教職員課長）を経由して、支部長に提出するものとする。
 - イ 被災職員の任命権者が福岡県知事及び福岡県教育委員会以外である場合 任命権者は、支部長から公務災害認定通知書を受領した後、1月以内に公務災害防止対策を講じ、様式第1号その3に様式第2号を添付して、支部長に提出するものとする。
- (2) 支部長は、所属長又は任命権者から提出された様式第2号の報告内容を集約し、その結果を公務災害防止対策事例集として定期的に各任命権者に送付する。

5 集約方法

支部長は、所属長又は任命権者から提出された様式第2号の報告内容から被災職員を特定できないように加工する。ただし、各任命権者が該当する団体の任命権者に対し、問い合わせができるように任命権者名、担当課名及び担当者名は表示する。

6 適用年月日

平成19年7月1日以降に発生した公務災害から適用する。

附 則

この要領は、平成19年6月26日から適用する。

附 則

この要領は、平成24年9月21日から施行し、改正後の公務災害防止対策実施要領の規定は、平成24年10月1日以降に発生した公務災害から適用する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年12月28日から施行する。

1 目的

本報告書作成の目的は、公務災害が発生した団体の任命権者が、その発生原因を分析し、公務災害防止対策を講じた内容について支部に報告していただき、支部が各任命権者から報告された公務災害防止対策について集約し、公務災害防止対策の取り組み事例として各任命権者に紹介することにより、各任命権者が公務災害防止対策に取り組む上での参考にしていただくものですので、できるだけ具体的に作成してください。

なお、本報告書は、公務災害認定通知書受領後、速やかに提出してください。

2 作成方法

(1) 公務災害発生事案の概要について

公務災害認定請求書等から当該事案の概要について簡潔にまとめてください。

(2) 公務災害発生原因について

公務災害の発生状況から、各任命権者において分析した発生原因について記載してください。

(3) 実施した公務災害防止対策について

公務災害の発生を受け、各任命権者において取り組んだ公務災害防止対策について、その内容を具体的に記載してください。

ア 防止対策の内容

具体的にどのような公務災害防止対策を講じたのかについて、詳細に記載してください。速やかに実施できないものについては、今後の予定を記入してください。

なお、現場写真等の対策を講じたことが確認できる資料があれば提出してください。また、各所属への周知文書、安全衛生委員会議事録等の参考資料があれば提出してください。

イ 実施年月日

防止対策の実施年月日について、記載してください。

ウ 費用

防止対策に要した費用（内訳を含む。）について記載してください。

(4) 公務災害防止対策の検討方法について

公務災害防止対策を決定するに当たって、どのような組織で検討したのかについて記載してください。また、参考となる資料があれば提出してください。

(例)・課内会議（職員全員参加）で検討し、決定した。

・労働安全衛生担当課と協議し、決定した。

・職場の健康推進員から所属長に報告し、職場で協議の上、庁舎管理担当課に補修を依頼した。

なお、本欄は、安全衛生委員会（衛生委員会を含む。以下同じ。）以外の組織で検討・決定した内容について記載するものです。安全衛生委員会以外の組織で検討をしていない場合は、本欄は空欄とします。

(5) 安全衛生委員会での報告・協議の状況について

安全衛生委員会での報告・協議の状況について、ア・イ・ウのいずれか該当するものに○印を付け、委員会の開催日、検討・協議の結果などそれぞれに必要な事項を記載してください。

なお、「ウ 安全衛生委員会での報告・協議はしない。」を選んだ場合は、「理由」の欄にその理由を詳細に記載してください。（労働安全衛生法上、設置義務がないために設置していない場合は、「理由」欄にその旨記載してください。）

(6) その他参考となる事項

公務災害防止対策を講じる上で問題点等、気づいた点があれば、記載してください。

3 備考

その他、必要に応じて参考となる資料を添付してください。

様式第1号その1

公印省略

文書番号

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

(総務部総務事務厚生課長経由)

所属長名

公務災害防止対策実施報告書について (提出)

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1 認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

2 被災職員名

3 被災年月日

年 月 日

4 報告書

別添のとおり

5 公務災害担当部局、担当者名及び連絡先

公務災害防止対策実施報告書

任命権者名		所属部局名 (被災時)	
認定番号		被災職員名	

1 公務災害発生事案の概要について

2 公務災害発生原因について

3 実施した公務災害防止対策について

(1) 防止対策の内容

(2) 実施年月日

(3) 防止対策実施に要した費用 (内訳を含む。)

4 公務災害防止対策の検討方法について

5 安全衛生委員会への報告・協議の状況について

ア 年 月 日開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行った。

報告・協議の結果

イ 年 月開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行う予定である。

ウ 安全衛生委員会で報告・協議はしない。

理由

6 その他参考となる事項について

様式第1号その2
公印省略

文書番号

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿
(教育庁教育総務部教職員課長経由)

所属長名

公務災害防止対策実施報告書について (提出)

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1 認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

2 被災職員名

3 被災年月日

年 月 日

4 報告書

別添のとおり

5 公務災害担当部局、担当者名及び連絡先

(本文書の提出先：総務事務厚生課公務災害班)

公務災害防止対策実施報告書

任命権者名		所属部局名（被災時）	
認定番号		被災職員名	

1 公務災害発生事案の概要について

2 公務災害発生原因について

3 実施した公務災害防止対策について

(1) 防止対策の内容

(2) 実施年月日

(3) 防止対策実施に要した費用（内訳を含む。）

4 公務災害防止対策の検討方法について

5 安全衛生委員会への報告・協議の状況について

ア 年 月 日開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行った。

報告・協議の結果

イ 年 月開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行う予定である。

ウ 安全衛生委員会で報告・協議はしない。

理由

6 その他参考となる事項について

様式第1号その3

公印省略

文書番号

年 月 日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

任命権者名

公務災害防止対策実施報告書について（提出）

このことについて、下記のとおり提出します。

記

1 認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

2 被災職員名

3 被災年月日

年 月 日

4 報告書

別添のとおり

5 公務災害担当部局、担当者名及び連絡先

公務災害防止対策実施報告書

任命権者名		所属部局名 (被災時)	
認定番号		被災職員名	

1 公務災害発生事案の概要について

2 公務災害発生原因について

3 実施した公務災害防止対策について

(1) 防止対策の内容

(2) 実施年月日

(3) 防止対策実施に要した費用 (内訳を含む。)

4 公務災害防止対策の検討方法について

5 安全衛生委員会への報告・協議の状況について

ア 年 月 日開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行った。

報告・協議の結果

イ 年 月開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行う予定である。

ウ 安全衛生委員会で報告・協議はしない。

理由

6 その他参考となる事項について

公 務 災 害 認 定 請 求 書

		*認定 番号	
請求年月日 令和〇〇年5月13日 (〒〇〇〇-〇〇〇〇)			
請求者の住所 〇〇市〇〇 〇〇-〇			
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。 ふりがな ふくおか はなこ 氏 名 福岡 花子 被災職員との続柄 本人			
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名 〇〇市	任命権者団体名	所属部局・課・係名(電話〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市 〇〇課 〇〇係
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 第 〇〇〇〇〇〇〇 号		
	被災時の年齢を記載する <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 ふりがな ふくおか はなこ 氏 名 福岡 花子 〇年 〇月 〇日 生(〇 歳)		
	職 名 主任主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員		
	災害発生の日時 令和 〇〇年 4月 22日(〇 曜日) 前 午 1 時 40分ごろ 図		
	災害発生の場所 〇〇市庁舎 3階 階段付近		
	傷 病 名 診断書に記載された傷病を記載すること 左足関節外果骨折、左大腿部打撲、左橈骨遠位端骨折		
	傷病の部位及びその程度 約3か月の加療を要する。		

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

2 災害 発生 の 状 況	私は、〇〇市〇〇課で〇〇に関する業務を担当しています。								
	〇年〇月〇日、13時40分頃、14時00分から予定している〇〇会議のため、庁舎3階の〇号会議室で準備業務に従事していました。会議で配布する冊子を執務室に忘れていたことに気づいたので、庁舎4階の執務室に取りに行き、戻るため急いで階段を降りていたところ、両手に荷物を持っていたため足下がよく見えず、下から2段目の滑り止めに右足を引っかけてしまい、バランスを崩して、2段下の床に左足を着き左足を捻りました。さらに、体の左から床に転倒したので、腰と左手を床につきました。								
	Aクリニックで応急処置を受けた後、画像検査が必要であるといわれ、転医したB整形外科で左足と左手の骨折の診断を受けました。現在固定し療養中です。								
	・自身の職務、災害時の行動の職務との関連、被災時の状況について詳細に記載する。 「誰が」「何のために」「いつ」「どこで」「誰と」「何をしているとき」「どうして」「どうなったので」「どうしたのか」が分かるようにすること。								
	・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ること。								
*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。 令和〇〇年5月13日 <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> <td>〇〇市〇〇 〇〇</td> </tr> <tr> <td>名称</td> <td>〇〇市〇〇課</td> </tr> <tr> <td>長の職・氏名</td> <td>〇〇 〇〇</td> </tr> </table>		{	所在地	〇〇市〇〇 〇〇	名称	〇〇市〇〇課	長の職・氏名	〇〇 〇〇
{	所在地	〇〇市〇〇 〇〇							
	名称	〇〇市〇〇課							
	長の職・氏名	〇〇 〇〇							
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 type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input checked="" type="checkbox"/> その他								
*5 任命 権者 の 意 見	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 120px; height: 40px;"></div> </div> <p>本件は職務遂行中の災害であり、公務上の災害と認められる。</p> <p>令和 〇〇 年 5 月 27 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 日付の順番 早い順から①≤②≤③ ①「3 所属部局長の証明」日 ②本人の「請求年月日」（所属証明を受けてから任命権者に提出） ③「5 任命権者の意見」証明日 </div>								

任命権者欄

意見を記載すること。（該当しないもの、判断が困難であるものについては、その旨意見を記載すること。）

任命権者を誤らないよう注意すること。

〇〇市（町村）長、〇〇組合管理者
 〇〇市教育委員会、〇〇市消防長、
 〇〇市企業管理者

・県職員の場合…任命権者（県知事）意見の欄は空欄のまま総務事務厚生課公務災害班に提出

・政令市以外の県費負担教職員、学校事務職員の場合…任命権者（県教育委員会）意見の欄は空欄のまま、市町村立学校＝管轄の教育事務所、県立学校＝総務事務厚生課公務災害班に提出

記 載 例

- ・様式第2号（住居と勤務場所の移動）と、様式第2号の2（兼業及び単身赴任者の住居間の移動）の2種類の様式があるため、間違わないようにすること。（通常は様式第2号）
- ・住居と出張先間の移動中の事故（直行・直帰）は様式第1号（公務災害認定請求書）によること。

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

<p>地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿</p> <p>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。</p>		請求年月日 令和〇〇年5月13日
		<p>(〒〇〇〇-〇〇〇〇)</p> <p>請求者の住所 〇〇町〇番地</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名 ^{はかた かずお} 博多 一男</p> <p>被災職員との続柄 本人</p>
1 被災 職員 に 関 する 事 項	<p>所属団体名</p> <p>〇〇町</p>	<p>所属部局・課・係名（電話 〇〇-〇〇〇〇）</p> <p>〇〇部 〇〇課 〇〇係</p>
	<p>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</p>	
	<p>ふりがな</p> <p>氏 名 ^{はかた かずお} 博多 一男</p> <p>被災時の年齢を記載する</p> <p>昭和〇〇年 〇月 〇日 生（〇〇歳）</p>	
	<p>職 名</p> <p>主任主事</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>常 勤 <input type="checkbox"/>令第1条職員</p>	
	<p>災害発生の日時 令和〇〇年 4月 22日（〇曜日） 午 前 8時00分ごろ</p> <p>午後</p>	
	<p>災害発生の場所</p> <p>〇〇町△△番地県道〇号線路上</p> <p>住所を正確に記入すること</p>	
	<p>傷 病 名</p> <p>頸椎捻挫、頭部裂傷</p> <p>診断書に記載された傷病を記載すること</p>	
<p>傷病の部位及びその程度</p> <p>頭部及び頸部 約60日間の通院加療を要する</p>		

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

2	(1) 災害発生の日の勤務開始（予定） 時刻又は勤務終了の時刻	前 午後 8 時 30分ごろ
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	前 午後 7 時 40分ごろ
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	前
	(4) 災害発生の状況	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ること。
状況等	私は通常自家用車を運転して通勤しており、自宅から勤務場所までの所用時間は約40分である。	
	被災当日は、いつものように自家用車で自宅から勤務場所へ通常の経路を通って出勤する途上、午前〇時頃、〇〇町△△番地の〇〇交差点に差し掛かった時、信号が赤になったので停止したところ、後方から来た普通乗用車に追突され、その衝撃で頭部をフロントガラスで強打し、頸部にも痛みを感じた。	
	直ちに、警察署と職場に連絡するとともに、現場近くの△△病院で受診したところ、頭部裂創及び頸椎捻挫で約60日間の通院加療を要すると診断された。	
*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。 令和〇〇年5月13日 所属部局の 所在地 〇〇町〇〇番地 名称 〇〇町〇〇部〇〇課 長の 日付の順番 早い順から ① ≤ ② ≤ ③ ① 「3 所属部局長の証明」日 ② 本人の「請求年月日」（所属証明を受けてから任命権者に提出） ③ 「5 任命権者の意見」証明日	
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 加害報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤届の写 写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input checked="" type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真	
*5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> <p>本件は出勤途上に発生したものであり、 通勤災害と認められる。 令和 〇〇 年 5 月 27 日</p>	

任命権者欄

意見を記載すること。（該当しないもの、判断が困難であるものについてはその旨意見を記載すること。）

任命権者を誤らないよう注意すること。

〇〇市（町村）長、〇〇組合管理者
 〇〇市教育委員会、〇〇市消防長、
 〇〇市企業管理者

〇〇町長 〇〇 〇〇

・県職員の場合…任命権者（県知事）意見の欄は空欄のまま総務事務厚生課公務災害班に提出

・政令市以外の県費負担教職員、学校事務職員の場合…任命権者（県教育委員会）意見の欄は空欄のまま、市町村立学校＝管轄の教育事務所、県立学校＝総務事務厚生課公務災害班に提出

記 載 例

現 認 証 明 書

被災職員	所属部局	〇〇市〇〇課		
	職 氏 名	主任主事 福岡 花子	年 齢	〇歳
	現 住 所	〇〇市〇〇 〇〇-〇〇		
災害発生日時		令和 〇 年 〇 月 〇 日 13 時 40 分頃		
災害発生場所		〇〇市庁舎 3階 階段付近		
現 認 時 の 状 況 等		私は、〇〇市〇〇課で〇〇業務に従事しています。被災当日、		
		福岡主任主事と3階で〇〇会議の準備に従事していました。会議		
		で配布する資料を4階の執務室に忘れているのに気づき、受付		
		開始まで時間があまり無いので、福岡主任主事が急ぎ取りに行き		
		ました。受付に出席者が来始めたので、私が廊下で受付をしてい		
		ると、階段の方からドスンという音と、人の声がしました。駆け		
		つけると福岡主任主事が倒れていて、手首を痛そうに押さえて		
		いました。「両手で荷物を持って急いでいたので、階段のすべり		
		止めでつまずいてしまった」とのことでした。左足首もとても痛		
		そうでしたので、急ぎ所属長に報告し、Aクリニックに搬送する		
参 考 事 項		ことになりました。		
		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・証明者の視点から記載すること。（請求者が作成した被災状況をそのまま転記しない。） ・災害発生時点を現認していなくても、その場に居合わせた者がいれば、できるだけ「現認証明書」の方を作成する。（職員以外でも可。ただし第三者加害の相手方は除く。） ・現認者がおらず、上司が報告を受けた場合には「事実証明書」（P 25）を使用する。「事実証明書」は原則として直属の上司が、証明者の視点から記載する。 </div>		
上記のとおり		令和 〇		
住所又は所属		〇〇市〇〇課		
職 氏 名		係長 筑紫 二郎		

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

記 載 例

事 実 証 明 書

被災職員	所属部局	〇〇市〇〇課		
	職 氏 名	主任主事 福岡 花子	年 齢	〇歳
	現 住 所	〇〇市〇〇 〇〇-〇〇		
災害発生日時		令和 〇 年 〇 月 〇 日 13 時 40 分頃		
災害発生場所		〇〇市庁舎 3 階 階段付近		
災害発生の状況等		〇月〇日 14 時頃、〇〇連絡会議から執務室に戻った福岡主任主事から、「開始前に階段から転落し足と手を怪我したため、病院に行きたい」との報告を受けた。会議前、配布物を執務室に取りに行き、戻ってくる時に階段で足を踏み外して転倒し、左足首と左手首を痛めたが、我慢して会議に出席したとのことであった。		
		すぐに受診が必要と判断し、課の職員に付添を指示して病院に向かわせた。		
		翌日、被災職員から、骨折が判明したとの連絡を受けた。		
		<ul style="list-style-type: none"> ・現認者がおらず、報告を受けた場合に作成する。 (災害発生時点を現認していなくても、その場に居合わせた者がいれば、できるだけ「現認証明書」(P23)を作成する。) ・この「事実証明書」は、原則として直属の上司が、証明者の視点から記載する。 		
参 考 事 項		〇月〇日まで休暇を取得し、〇月〇日に職務復帰している。		
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和 〇 年 〇 月 〇 日</p> <p>住所又は所属 〇〇市〇〇課 職 氏 名 課長 〇〇 〇〇</p>				

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

記 載 例

医 療 機 関 受 診 報 告 書

被災職員	所 属	〇〇市〇〇課		災 害 発 生 年 月 日
	氏 名	福岡 花子		令和〇年〇月〇日
療 養 経 過				
年 月 日	医 療 機 関			治 療 費
初診 R.〇.〇.〇 ~ R.〇.〇.〇	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇番地〇		① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称	Aクリニック		
初診・ <u>転医</u> R.〇.〇.〇 ~ R.〇.〇.〇	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇		① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称	B整形外科		
初診・転医 R.〇.〇.〇 ~ R.〇.〇.〇	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 〇〇		① 支払っていない。 ② 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 ③ 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 ④ その他（ ）
	名称	〇〇調剤薬局		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>支払の状況、共済組合員証の使用状況を必ず記載してください。認定後、基金と病院、共済組合との連絡調整に使用します。</p> </div>				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>院外処方の調剤薬局も書いてください。</p> </div>				
<p>転医の理由（該当するものの記号を○で囲んでください）</p> <p> <input checked="" type="radio"/> ア 医師から指示があったため（下欄に医師の証明） <input type="radio"/> イ 継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため <input type="radio"/> ウ その他（ ） </p>				
<p>医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ）</p> <p>次の理由により <u>B整形外科</u> へ転医させたことを証明します。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px;"> <p>理由</p> <p>MR Iによる精密検査が必要であり、手術を要する可能性もあったため、精密検査及び手術に対応できる機関に紹介した。</p> </div> <p>令和 〇年 〇 月 〇 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地 〇〇市〇〇 〇〇番地〇</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 名 称 A クリニック</p> <p style="text-align: right;">医師の氏名 医師 〇〇 〇〇</p>				

（注1）災害発生から認定請求までの当該災害に係る医療機関の受診状況を正確に記載してください。この医療機関受診報告書に記載された医療機関に係る転医については、「転医届」を提出する必要はありません。ただし、この医療機関受診報告書に記載し、認定請求をした後に、当該災害に係る傷病について転医した場合には、「転医届」を所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金に必ず提出してください。

（注2）年月日の記載には元号を用いてください。

記 載 例

療養の経過に関する報告書

受診医療機関名 診療頻度	治療内容	症状の経過（疼痛・痺れの箇所等）
Aクリニック 〇〇年〇月〇日	初診 応急処置	左足関節、左手関節、左腰の痛み
B整形外科 入院〇月〇日～〇月〇日 通院 〇月〇日まで	MR I 画像検査、手術 入院、通院	左足は手術が必要と判断されて手術。手は保存療法。
Aクリニック 〇〇年〇月〇日～ 週1回程度	リハビリテーション 痛み止めの処方	自宅に近いAクリニックで手関節と足関節のリハビリに行っている。
<p>（現在の症状）</p> <p>順調といわれているが、動かした時の関節の痛みがある。〇年〇月頃まではリハビリテーションの予定。足関節は、1年後（〇年〇月頃）抜釘手術をすると聞いている。</p> <p>（現在の通院状況）</p> <p>ア 現在は通院していない。（最終通院日： 年 月 日）</p> <p>④ 現在も通院している。（直近通院日：〇〇年 〇月 〇日）</p>		
<p>上記のとおり報告します。</p> <p>平成〇〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">被災職員 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: right;">所 属 長 〇〇 〇〇</p>		

（注）年月日の記載には元号を用いてください。

【様式第5号の1枚目 記載例】

職員が指定医療機関に初回提出

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

<p>地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿</p> <p>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。</p>		<p>請求年月日 令和〇〇年〇月〇日</p>	
<p>請求者の住所 〇〇市〇〇 〇〇-〇</p>		<p>ふりがな ふくおか はなこ</p>	
<p>氏 名 福岡 花子</p>		<p>氏 名 福岡 花子</p>	
1 被災職員に関する事項	<p>所属団体名 〇〇市</p>	<p>所属部局名 〇〇市〇〇課</p>	
	<p>氏 名 福岡 花子</p>	<p>職 名 主任主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員</p>	
	<p>昭和〇〇年 〇月 〇日生 (〇〇歳)</p>	<p>負傷又は発病の年 月 日 令和〇〇年 〇月 〇日</p>	
2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	所在地	〇〇市〇〇丁目〇番〇号
		名 称	B 整形外科
		所在地	〇〇市〇〇丁目〇番〇号
		名 称	A クリニック
<p>被災職員は、必ず必要事項を記載してから医療機関に提出すること。</p>		<p>最初の病院のときは、医療機関名を(新)に記載。</p> <p>2件目以降の病院に提出するときは、提出先の医療機関を(新)に、転医前の病院を(旧)に記載。</p>	
* 受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局		任 命 権 者
	年 月 日		年 月 日
* 通 知	年 月 日		年 月 日
	決 定		<input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不支給

【請求書送付先】

〒812-8577

福岡県福岡市博多区東公園7番7号

地方公務員災害補償基金福岡県支部

TEL 092-643-3031

FAX 092-633-3438

【様式第5号の2枚目 記載例】
指定医療機関が請求の度に使用

令和 〇年 〇月 〇日

請 求 書

¥ 〇〇〇,〇〇〇 也

但し、下記職員の 〇月分 〇〇〇 として

(診療報酬明細、計算内訳別添のとおり)

被災職員氏名 福岡 花子

認定番号 〇〇-〇〇〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金

福岡県支部長 殿

①被災職員は
様式第5号の1枚目 と
併せて医療機関に提出
してください。

②医療機関は、療養の明
細(レセプト)を添付し
て、様式第5号の1枚目
と併せて左上の住所に
送付してください。

③(2回目以降の請求)
医療機関は、
この様式をコピーして
請求書+レセプト
により左上の住所に送
付してください。

④医療機関が代表者名
と振込先を記載してく
ださい。

※振込先は誤りが無い
ようにお願いします。
フリガナを必ず記入し
てください。

郵便番号 〇〇〇 〇〇〇〇
住所 〇〇市〇〇 〇〇-〇
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
医療機関名称 医療法人〇〇会 B整形外科
代表者 院長 〇〇 〇〇 印

(振込口座)
銀行名 〇〇銀行
預金種別・口座番号 普通 〇〇〇〇
フリガナ 1) 〇〇カイ〇〇ビョウインリツ フウ〇〇〇〇
口座名義人 医療法人〇〇会〇〇病院理事長〇〇〇〇

地方公務員災害補償基金福岡県支部記載箇所

支払年月日	支払決定金額
	円

(注)

- 1 計算内訳とは、診療報酬に1点単価を掛け
たものをいいます。
- 2 本請求書と内容が同一であれば、任意の
請求書でかまいません。
- 3 入院中に病衣を算定された場合には療養
明細の摘要欄に貸与理由の記載をお願いし
ます。

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

【様式第6号 記載例① 非指定医療機関】

非指定医療機関に受領委任（振込先は非指定医療機関を指定）する例

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

①【職員が記入】

認定番号、請求者の住所、氏名、委任欄に被災職員の氏名を記載してください。（医療機関への振込を了承する証明です。）

県支部長 殿

県支部
2-633-3438

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

請求回数

第 〇回（ 〇年 〇月分）

請求年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

請求者の住所 〇〇市〇〇丁目

〇番〇号

ふりがな ふくおか はなこ

氏 名 福岡 花子

1 補償費用の受領委任

この請求書による療養補償の費用の受領を、〇〇病院長 〇〇〇〇 に委任します。

委任者の氏名 福岡花子

②【医療機関が記入】

医療機関は、ここに医療機関の住所、名称、代表者を記載してください。

書による療養補償の費用の支払を請求します。

市〇〇丁目〇-〇 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

Aクリニック

院長 〇〇 〇〇

2 被災する職員に項

所属団体名
〇〇市

氏 名
福岡 花子

昭和〇〇年 〇月 〇日生（〇歳）

所属部局名（電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）
〇〇市〇〇課

職 名 主任主事 ☒常勤 ☐令第1条職員

負傷又は発病の年月日 令和 〇〇年 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 〇〇〇〇円

4 調剤費 調剤費請求明細 記載のとおり 円

5 看護 訪問看護事業者の証明 記載のとおり 円

日 から 日間 看護師の資格 ☐有 ☐無 円

6 移送費 ☐交通費 円

から まで キロメートル ☐片道 ☐往復 回

④【医療機関が記入】

医療機関の口座情報を誤りがないよう正確に記載してください。

移送費

7 診断書料 〇〇〇〇円

8 〇〇〇〇円

9 送金希望の場合

振込み

振込元金融機関名

〇〇 銀行 〇〇 支店

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

☒普通預金 ☐当座預金

送金小切手

銀行 支店

その他

預金名義者名

法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）

エークリニックインチョウ

Aクリニック院長

（フリガナ） 〇〇 〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

* 受理（到達した年月日） 所 属 部 局 任 命 権 者 基 金 支 部

* 通知 年 月 日 * 支払 年 月 日 91 日 * 決定金額 円

*10 診療費請求明細				(職員氏名) 福岡 花子			
傷病名	アイウ 左足関節外果骨折 左大腿部打撲 左橈骨遠位端骨折			診療開始日	ア令和 ○年 ○月 ○日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日		診療期間 令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで
初診	時間外・休日・深夜 ○ 回 ○○ 点						診療実日数 ○日
再診	再来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	診料 加算 加算 外 日 夜	○○ × × × × ×	○回 回 回 回 回 回	傷病の経過 B 整形外科に紹介		
指導				転帰	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 治 ゆ 継 続 転 医 中 止 死 亡		
在宅	往夜深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	診間 急 診 察 の 他 剤	回 回 回 回 回	摘 要			
投薬	内服 屯服 外用 処方 麻調 毒基	薬剤 調剤 薬剤 調剤 調剤	単位 × 回 単位 × 回 単位 × 回 × 回 × 回	⑤【医療機関が記入】 明細を記入してください。 なお、記載に代えて電算の様式（OCRなど）を添付しても可です。			
注射	皮下 筋肉 静脈 その他	内 内 他	回 回 回	⑥【職員】 医療機関記入後、本請求書を受け取り、所属に速やかに提出してください。 所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。			
処置	薬剤		回				
手麻酔	薬剤		回				
検査	薬剤		回				
画像診断 その他	薬剤		回				
入院	入院年月日 病・診・衣	年 月 日 入院基本料・加算 × 日間 × 日間					
院	特定入院料・その他	振込先が医療機関等の場合（職員口座への支払でない場合）この証明欄は記入不要です。			日間 日間 日間		
診療報酬点数表により計算できるもの				合計点数	○○○ ×		○○○○ 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 診断書料	○○○○		円
診療費請求合計額						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。（この欄の記入は、療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。）							
診療機関の 年 月 日				所在地 名称 医師の氏名			

【様式第6号 記載例② 院外処方薬局】

薬局に受領委任（療養費の振込先は薬局を指定）する例

様式第6号

1号紙

療養補償請求書

①【職員が記入】

認定番号、請求者の住所氏名、及び委任欄に被災職員の氏名を記載してください。（薬局への振込を了承する証明です。）

県支部長 殿

県支部
2-633-3438

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

請求回数

第 〇回（ 〇年 〇月分）

請求年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

請求者の住所 〇〇市〇〇丁目

〇番〇号

ふりがな 氏 名 ふくおか はなこ 福岡 花子

1 補償費用の受領委任

この請求書による療養補償の費用の受領を 〇〇薬局 に委任します。

委任者の氏名 福岡 花子

②【薬局が記入】

薬局の住所、名称、代表者を記載してください。

この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。

〇市〇〇丁目〇-〇 TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

名称 〇〇薬局

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇

2 被災する職員の事項

所属団体名
〇〇市

氏 名
福岡 花子

昭和〇〇年 〇月 〇日生（〇歳）

所属部局名（電話番号〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇）
〇〇市〇〇課

職 名 主任主事 ☒常勤 ☐令第1条職員

負傷又は発病の年月日 令和 〇〇年 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 〇〇〇〇円

5 看護料 ☐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

③【薬局が記入】

薬局は、4、8に金額を記載してください。

年間 月 日まで 日間 ☐看護師の資格 ☐有 ☐無 円

6 〇〇市〇〇丁目〇-〇 〇〇市〇〇課 〇番〇号 〇〇市〇〇課 〇番〇号 〇〇市〇〇課 〇番〇号 円

から まで キロメートル ☐片道 ☐往復 回 円

④【薬局が記入】

振込先の口座情報を、誤りがないよう正確に記載してください。

の移送費 円

7 振込先の口座情報 円

8 〇〇〇〇円

9 送金希望の場合

振込み

〇〇 銀行 〇〇 支店

口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇

☒普通預金 ☐当座預金

送金小切手

銀行 支店

その他

預金名義者名

法人機関又は役職の名称（個人名義の場合は記入不要です。）
カ）〇〇ヤツキヨクダイヒョウトリシマリヤク株式会社 〇〇薬局 代表取締役

（フリガナ） 〇〇 〇〇

氏 名 〇〇 〇〇

* 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

* 通知 年 月 日 * 支払 年 月 日 * 決定金額 円

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) 福岡花子				
処方せんを交付した診療機関の		名称		B整形外科				
		所在地		〇〇市〇丁目〇番〇号				
担当医氏名		1. 〇〇 〇〇		3.				
		2.		4.				
調剤期間		令和〇〇年〇月〇日から〇〇年〇月〇日まで〇日間 調剤実日数〇日						
医師番号	処方月日	調剤月日	処方		調剤数量	調剤報酬点数		
			医療品名・規格・用量・ 剤型・用法	単位 薬剤料		調剤料	薬剤料	加算料
	〇・〇	〇・〇	〇〇〇〇〇〇	点	〇	点	点	点
	〇・〇	〇・〇	〇〇〇〇〇〇	〇〇		〇〇	〇〇	
	.	.				〇〇	〇〇	
処方せん受付回数		〇 回		摘要				
調剤基本料(点)		時間外加算等(点)		指導料		合計点数 〇〇点		
〇〇〇						合計金額 〇〇円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 た薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合 年 月 日 薬局の 所在地 名 称 薬剤師の氏名								

⑤【薬局が記入】
明細を記入してください。

なお、記載に代えて電算の様式を添付しても可です。

⑥【職員】
薬局の記入後、本請求書を受け取り、所属に速やかに提出してください。

所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。

振込先が薬局等の場合（職員口座への支払でない場合）この証明欄は記入不要です。

*10 診療費請求明細

(職員氏名) 福岡 花子

傷病名	ア イ ウ	左足関節外果骨折 左大腿部打撲 左橈骨遠位端骨折	診療開始日	ア 令和 ○年 ○月 ○日 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで
初診	時間外・休日・深夜	点	回		診療実日数	○日
再診	再外来診療料 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	令和 ○年 ○月 ○日	
在宅	往診 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回 回 回 回		摘要	請求内容が「診療費」の場合（明細を必要とする請求の場合）は、医療機関で明細を記載してもらって下さい。なお、記載に代えて電算の帳票を添付しても結構です。 補装具代、文書料のみの場合は、証明不要です。	
投薬	内服 調剤 外用 調剤 処方 毒基	× × × × × ×	単位 回 単位 回 単位 回 回 回	<p>被災職員は、定められた添付資料（領収書、その他）を確認し、添付して、所属に速やかに提出してください。</p> <p>所属は、速やかに基金福岡県支部に提出してください。</p>		
注射	皮下 筋肉 静脈 その他	回 回 回 回				
処置	薬剤	回 回				
手麻酔	薬剤	回 回				
検査	薬剤	回 回				
画像診断	薬剤	回 回				
その他						
入院	入院年月日 病・診・衣	年 月 日 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	請求内容が「診療費」の場合は、この欄に、医療機関から証明を受けて下さい。	円				
診療報酬点数により計算できない	額等	円				
診療費請求合計額		円				
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。（この記入は、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。）						
診療機関の	所在地 名称 96 医師の氏名					

記載例

治 ゆ (症状固定) 報 告 書

提出年月日を記入してください。		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿			
被災職員		所属団体 〇〇市 部局 〇〇部〇〇課 氏 名 福岡 花子	
該当するものにチェックしてください。 下記のとおりに		<input checked="" type="checkbox"/> 治ゆし、療養の必要がなくなりました <input type="checkbox"/> 症状固定しました	
)で報告します。	
1 認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇		
2 被災年月日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日		
3 傷病名	左足関節外果骨折、左大腿部打撲、左橈骨遠位端骨折 認定傷病名を全て記入してください。		
4 治ゆ年月日 (症状固定年月日)	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日 治ゆ(症状固定)年月日を記入してください。 (報告書の作成日ではありません。) 各医療機関の診療最終日を記入してください。		
5 受診医療	診療開始日を記入	診療(医)院・薬局名	診療
		Aクリニック	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
		〇〇調剤薬局	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
		B整形外科	令和〇〇年〇〇月〇〇日～令和〇〇年〇〇月〇〇日
6 支払方法	<input checked="" type="checkbox"/> 公 災 法 <input type="checkbox"/> 共 済 <input type="checkbox"/> 自動車保険 <input type="checkbox"/> そ		
7 後遺障害の有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 残存している症状が地方公務員災害補償法施行規則別表に定める程度であると主治医に診断された場合のみ、「有」にチェックしてください。 例) 第1級 両眼が失明しているもの。 例) 第14級 一手の母趾指以外の手指の指骨の一部を失ったもの。 ※ 違和感がある、時々痛む等の症状が残っていても、その程度が法別表の第1級から第14級に該当せず軽微である場合には、後遺障害「無」になります。		
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 被災職員の所属長の証明を付して下さい。 認定申請時と所属が異なる場合は新所属の長の証明を付すこと。(医療機関の証明ではありません)			
		所属長 〇〇市〇〇課長 〇〇〇〇	

様式7

記載例

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号	第〇〇〇〇号	当 事 者	甲 (加害運転者)	氏名 加害 九郎 (電話) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
自動車の番号	福岡〇〇〇 〇 〇〇-〇〇		乙 (被 害 者)	氏名 博多 一男 (電話)	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 午前8:00頃、明るい
道 路 状 況	舗 装	舗装 { してある してない }	歩道 (両・片)	{ あり ない }	直線・カーブ { 平地・坂 }
	見通し	{ 良い 悪い }	積雪・凍結		
信号又は標識	信 号	{ あり ない }	駐・停車禁止	{ されている されていない }	その他標識
速 度	甲車両 60 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ください。	<p>事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください)</p>				
	<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>				
上記図の説明を書いてください。	甲は、普通乗用車を運転して、〇〇区〇〇 県道〇号線を北進中、〇〇市〇〇交差点で信号が赤であった				
	ため停車していた乙の普通乗用車に追突したものの。				

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

甲との関係 ()

報告者 乙との関係 (本人) 博多一男

(注) 年月日の記載には元号を用いてください。

第三者行為による災害届出書

認定番号

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿		届出年月日 令和〇年〇月〇日	
(被災職員)		届出者の住所	
所属 〇〇市〇〇課		氏名 博多 一男	
住所 〇〇市〇〇 〇〇		(災害発生日時) 令和〇年〇月〇日 午前・午後 19時 00分頃	
氏名 博多 一男		(災害発生場所) 〇〇市〇〇 県道〇号線 〇交差点	
〇 年 〇 月 〇 日生 男・女			
第三者 (加害者)			
住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
ふりがな かがい くるう			
氏名 加害 九郎 [性別] 男 女 〇 年 〇 月 〇 日生 〇 歳			
職業 〇〇株式会社〇〇支店 ■ 業務執行中 □ 業務外			
第三者 (加害者が未成年の場合は親権者、精神障害者の場合は監督義務者を記載)			
住所 〒 責任能力がない者 (12歳未満の者等) の場合必ず確認して記載 電話 ()			
ふりがな			
氏名 続柄			
勤務先 (加害者が業務執行中であった場合に記載)			
所在地 〒〇〇〇 〇〇〇〇 電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
ふりがな 〇〇かぶしきかいしゃ			
氏名又は商号 〇〇株式会社 代表者 任意 五男			
業務内容 〇〇運搬業務			
自動車損害賠償保障保険加入の有無	有 無	契約保険会社名 〇〇海上火災保険	保険証明書番 〇〇-〇〇〇〇
加害車両	車 種 小型貨物自動車	登録番号 福岡500は〇〇-〇〇	車台番号 0048-437-YR-〇〇〇〇
自賠責保険の契約者	住所 〇〇市〇〇 氏名 任意 五男 電話 (〇〇〇〇)	保険契約期間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日
自動車の保有者	住所 〇〇市〇〇 氏名 任意 五男 電話 (〇〇〇〇)	契約者との	本人
自動車の運転者	住所 〇〇市〇〇 氏名 加害九郎 電話	従業員	
任意保険加入の有無	有 無	契約保険会社名 〇〇保険会社	証明書番号 〇〇-〇〇〇〇
任意保険の契約者	住所 〇〇市〇〇 氏名 任意 五男 電話 〇〇〇〇	保険契約期間	自 令和 〇 年 〇 月 〇 日 至 令和 〇 年 〇 月 〇 日
契約内容	対 人 無制限 万円	対 物 無制限 万円	

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

第三者加害行為現状報告書

所属団体・部局名 〇〇市〇〇課
被災職員氏名 公災 太郎

下記事案の第三者（加害者）の現況及び交渉の状況を下記のとおり報告します。

現状報告書の 提出理由（番号に○）	① 示談が成立せず災害から6か月経過したため 2 治ゆしたが損害賠償受領報告書が提出できないため 3 基金からの提出指示があったため
----------------------	--

認定番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇〇
災害発生日	〇〇年 〇月 〇日
第三者氏名	(徐行 無男) <input type="checkbox"/> 第三者不明 <input type="checkbox"/> 第三者が未成年（親権者氏名 _____） 第三者（親権者）支払の意思（有 無） 第三者（親権者）資力（有 無） 無の場合、資力無の証明書類の提出（有 無）
補償方針	示談先行 <input checked="" type="checkbox"/> 補償先行
治ゆ状況	<input checked="" type="checkbox"/> 未治ゆ（治ゆ見込み 〇年 〇月頃） <input type="checkbox"/> 治ゆ報告提出済み（治ゆ 年 月 日）
後遺障害（見込み）	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>

示談の状況

示談締結の場合	締結年月日	年 月 日
	内容	別添示談書写しのとおり
示談未締結の場合 （該当にチェックする）	<input checked="" type="checkbox"/> 加害者と交渉中 （経過を右欄に記載）	
<input type="checkbox"/> 交渉不能 （経過・理由を右欄に記載） 不足する場合は任意の記録 を添付すること。	・令和〇年〇月〇日に保険会社の担当者と面談した。 ・過失割合について、当方が主張する〇：〇に対し、 相手方が〇：〇を主張し、交渉を継続している。 ・治療費が確定したら具体的に交渉を行う。 ・保険会社と随時連絡をとっている。	
	交渉の日時や状況について詳細に記載すること。	

示談締結の場合は、示談書写しを必ず添付すること。

（注）年月日の記載には元号を用いること。

損害賠償受領報告書

令和〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金福岡県支部長 殿

氏名 博多 一男

第三者から次のとおり損害賠償を受領しましたので報告します。

認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇			
被災職員	氏名	博多 一男		
	所属	〇〇市〇〇課		
経過	災害発生日	令和〇年〇月〇日	治 癒 日	令和〇年〇月〇日
	示談締結日	令和〇年〇月〇日	賠償金受領日	令和〇年〇月〇日
損害賠償の内訳	区 分	金 額 (円)	摘 要	
	療養補償分	〇,〇〇〇,〇〇〇	【内訳】 治療費 〇,〇〇〇,〇〇〇 円 看護料 〇〇,〇〇〇 円 通院費 〇〇,〇〇〇 円 その他(義肢、松葉杖等) 〇〇,〇〇〇 円	
	休業補償分	〇〇〇,〇〇〇		
	障害補償分	〇,〇〇〇,〇〇〇	障害等級〇〇級〇号	
	介護補償分			
	遺族補償分			
	葬祭補償分			
	慰謝料分	〇〇〇,〇〇〇		
	その他	〇〇〇,〇〇〇	物損分他	
過失割合(被災職員:加害者)		0:100		
自動車事故の場合(どちらかを囲む)		自賠償範囲内 ・ 任意保険使用		
添付資料	示談書写し(免責調書)、対人損害積算明細書、その他 (障害等級決定通知)			

示談書等の写しを必ず添付してください。

(注1) 保険会社からの対人損害積算明細書など損害賠償の内訳が分かる書類を添付してください。

(注2) 年月日の記載には元号を用いてください。

様式第2号

公務災害防止対策実施報告書

任命権者名		所属部局名 (被災時)	
認定番号		被災職員名	

1 公務災害発生事案の概要について

被災職員は、ケースワーカー業務に復事している。〇〇年〇〇月〇〇日午前〇〇時頃、窓口に来た客の応対をするため、窓口に移動していたところ、床上に剥き出しになっていた配線コードに右足を引っ掛け転倒し、右足を骨折したもの。

2 公務災害発生原因について

当初、配線コードはガムテープで床にきちんと固定していたが、通路上であるため、次第に剥がれてしまったことによる。

3 実施した公務災害防止対策について

(1) 防止対策の内容

執務室のレイアウトを変更し、配線コードが通路上に出ないようにした。
変更前・変更後の執務室のレイアウトは別紙のとおり。

(2) 実施年月日

〇〇年〇〇月〇〇日

別紙でレイアウト図
(写真)を添付

(3) 防止対策実施に要した費用 (内訳を含む。)

〇〇円

4 公務災害防止対策の検討方法について

〇〇年〇〇月〇〇日に各職員から意見を聴取し、総務課で執務室レイアウトの変更案を作成した。

5 安全衛生委員会への報告・協議の状況について

ア 〇〇年〇〇月〇〇日開催の安全衛生委員会で 報告 (協議) を行った。

報告・協議の結果

執務室レイアウトの変更案を承認した。また、職場単位での職場巡視を月に1回行うことにし、さらに職場巡視のチェックリストの見直しを行った。(チェックリストは別紙のとおり)

イ 年 月開催の安全衛生委員会で 報告・協議 を行う予定である。

ウ 安全衛生委員会で報告・協議はしない。

理由

安全衛生委員会での
協議結果等について
具体的に記載する。

6 その他参考となる事項について

今回の被災事故をきっかけに、年2回開催の安全衛生委員会を毎月開催することにした。

