

公務災害・通勤災害  
認定補償事務の手引

【 記 載 例 】

令和 7 年 5 月

地方公務員災害補償基金  
広 島 県 支 部

| [認定請求関係]                                   | (ページ) |
|--|-------|
| 公務災害認定請求書                                  | 1     |
| 通勤災害認定請求書（住居と勤務場所との間の往復の場合）                | 3     |
| 〃                    （兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合） | 5     |
| 現認書  | 7     |
| 事実証明書                                      | 8     |
| 災害発生状況写真（又は図）                              | 9     |
| 災害発生状況図                                    | 10    |
| 診断書  | 11    |
| 通勤経路図                                      | 12    |
| 申立書  | 13    |
| 治療状況報告書                                    | 14    |
| 既往症歴報告書                                    | 15    |
| 発症状況等調書（腰痛事案）                              | 16    |
| 発症状況等調書（頸部痛事案）                             | 17    |
| 発症状況等調書（腰部・頸部痛事案）                          | 18    |
|  |       |
| [補償請求関係]                                   |       |
| 療養の給付請求書                                   | 19    |
| 療養補償請求書（薬局以外）                              | 20    |
| 療養補償請求書（薬局）                                | 22    |
| 特別室必要申立書                                   | 24    |
| 補装具必要証明書                                   | 25    |
| 看護証明書                                      | 26    |
| 通院日数証明書・区間運賃証明書                            | 27    |
| 移送費明細書                                     | 28    |
| タクシー等の利用の必要性に関する申立書                        | 29    |
| 施術に関する同意書                                  | 30    |
| 転医届  | 31    |
| 併医届  | 32    |
| 障害補償一時金請求書                                 | 33    |
| 残存障害診断書                                    | 34    |
|  |       |
| [各種報告関係]                                   |       |
| 治ゆ（症状固定）報告書                                | 36    |
| 療養の現状等に関する報告書                              | 37    |
| 障害の現状報告書（傷病補償年金）                           | 39    |
| 障害の現状報告書（障害補償年金）                           | 41    |
| 遺族の現状報告書                                   | 42    |
| 奨学援護金の支給に係る現状報告書                           | 43    |
| 就労保育援護金に関する現状報告書                           | 44    |

|                  |    |
|------------------|----|
| [第三者加害事案関係]      |    |
| 第三者加害報告書         | 45 |
| 事故発生状況報告書        | 48 |
| 念書（兼同意書）         | 49 |
| 補償先行申出書          | 50 |
| 確約書              | 51 |
| 確約書不提出の理由書       | 52 |
| 交渉経過報告書          | 53 |
| 損害賠償義務者に関する調書    | 54 |
| 損害賠償の受領報告書       | 55 |
| 第三者加害行為現状（結果）報告書 | 56 |
| [平均給与関係]         |    |
| 平均給与額算定書         | 58 |
| [共通]             |    |
| 同意書              | 60 |

様式第1号

<記載例>

所属長に員鄭請求書を提出する日を記入  
(記入漏れに注意!)

公務災害認定請求書

|   |  |  |
|---|--|--|
| 地方公務員災害補償基金<br>広島県 支部長 殿<br>.....<br>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。                   |  | * 認定番号   |
| 請求年月日 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日   |  |  |
| 請求者の住所 (〒〇〇〇—〇〇〇〇)<br>〇〇市〇〇町〇〇番地  |  |  |
| フリガナ<br>氏 名 ヒロシマ タロウ<br>広島 太郎   |  |  |
| 被災職員との続柄 本人   |  |  |
| 1   | 所属団体名 〇〇市<br>災害発生時に所属していた所属を記入<br>所属部局名 企画部 観光振興課<br>(電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) | フリガナ ヒロシマ タロウ<br>氏 名 広島 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男<br>昭 和 〇〇 年 〇 月 〇 日生 ( 〇 歳)<br>災害発生時の年齢<br>共済組員・健康保険組員記号番号<br>記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇 |
| 職 名 主 事 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員<br>注意事項の2参照 |  |  |
| 災害発生の日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ( 〇 曜日 ) 午前 4 時 00 分頃<br>午後  |  |  |
| 災害発生の場所 〇〇市〇〇町の〇〇公民館  |  |  |
| 傷 病 名 右足関節捻挫<br>診断書の傷病名を記入  |  |  |
| 傷病の部位及びその程度 右足首, 約7日間の療養を要す。<br>診断書に記載された負傷又は疾病の生じた部位及び療養の見込みを記入                            |  |  |
| 所属が被災職員から請求を受けた日  |  | 任命権者が所属から請求書の提出を収受した日  |
| * 受理 (到達した年月日)  | 所属部局 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日   | 任命権者 令和〇 年 〇〇 月 〇△ 日   |
|   | 基金支部 年 月 日   |  |
| * 認定  | 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外           | * 通知 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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 「2 災害発生の状況」又は「\* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

様式第1号

|               |   |                              |   |
|---------------|---|------------------------------|---|
| 2             | 私は、令和〇〇年〇月〇日、担当している〇〇市主催の第〇〇回〇〇市大菊花大会が、令和〇〇年〇月〇日に開催されるのに備え、準備作業を行っていました。  |                              |   |
|               | 当日は、<br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;">被災職員が、職務内容・被災状況・医療機関の受診状況(転医している場合は、それを含めて)などについて、詳しく、具体的に記入</div>  |                              |   |
|               | を回収するため、土木建築部から借りた公用車の2tトラックを運転し、各小中学校から菊の鉢を回収してまわりました。   |                              |   |
|               | 当時、台風が接近中であったため、回収した菊は〇〇公民館の倉庫に仮置きすることになったため、搬入のためトラックを倉庫へ入れた後、運転席から降りようとした際、足下にブルーシートがかけられた角材があることに気付かず、角材の上に右足をついたため、角材が転がり右足首を捻ってしまいました。   |                              |   |
|               | 激しい痛みがあったため、別の班で回収作業をしていた〇〇主事の運転する車で、近くにあったA医院に連れて行ってもらい、応急処置を受けましたが、レントゲン検査が必要ということなので、自宅に近く、通院に便利なB病院を紹介してもらい、翌日受診しました。   |                              |   |
|               | 検査の結果、骨折はなく、右足関節捻挫と診断され、現在は湿布を貼り包帯で固定してる状態です。   |                              |   |
|               | 災害発生<br>の<br>状況   | *3                           |   |
|               |   | 1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 |   |
|               |   | 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日                | 名 称 〇〇市企画部観光振興課<br>所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号<br>長 の 職 ・ 氏 名 課長 〇〇 〇〇 |
|               |   | 長所の属証明局の                     |   |
| 4 添付          | <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書<br><input type="checkbox"/> 証明日は、被災職員の認定請求日以降の日付となります。<br><input type="checkbox"/> 記載の事実を十分に確認して証明してください   |                              |   |
|               | <input type="checkbox"/> 写真の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程<br><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<br>任命権者の意見 | 出張用務中に発生した災害であり、公務上の災害と認められる。   |                              |   |
|               | 注意事項の5を参照<br>令和〇〇年 〇月 〇日<br>注意事項の6を参照 職・氏名 〇 〇 市長 〇 〇 〇 〇<br>必ず、任命権者の意見を記入して下さい。  |                              |   |

〔注意事項〕

- 4 「\*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱い等は、裏面に併記されています。
- 5 「\*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の9種類の区分番号を記入すること。  
 1義務教育学校職員 2義務教育学校職員以外の教育職員 3警察職員 4消防職員 5電気・ガス・水道事業職員 6運輸事業職員  
 7清掃事業職員 8船員 9その他の職員
- 6 「\*5 任命権者の意見」の欄の□は、下記の40種類の区分番号を記入すること。  
 01医師・歯科医師 02看護師 03保健師・助産師 04 その他の医療技術者 05保育所保育士 06保育士・寄宿舎指導員等 07船員 08土木技師  
 09農林水産技師 10 建築技師 11調理員 12運転手・車掌等 13義務教育学校教員 14義務教育学校以外の教員 15その他の教育公務員  
 16社会教育主事 17警察官 18消防吏員 19清掃職員 20電話交換手 21道路補修員 22守衛・庁務員等 23栄養士 24電気、ボイラー等技術員  
 25農業等改良普及員 26司書(補)・学芸員(補) 27生活、作業等指導員 28生保担当ケースワーカー 29獣医師 30食品、環境衛生監視員  
 31五法担当ケースワーカー 32動植物飼育員 33査察指導員 34 各種社会福祉司 35水道等検針員・徴収員 36ホームヘルパー  
 37交通巡視員 38その他の一般事務職 39その他の一般技術職 40その他の技能労務職

様式第2号

法第2条第2項第1号関係  
住居と勤務場所との間の往復の場  
合

通勤災害認定請求書

\* 認定番号

< 記載例 >

|   |  |   |
|---|--|---|
| 地方公務員災害補償基金<br>広島県 支部長 殿<br>-----<br>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 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br>請求者の住所 (〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇)<br>〇〇市〇〇町〇〇番〇号<br>-----<br>フリガナ フクヤマ ハルコ<br>氏 名 福山 春子<br>-----<br>被災職員との続柄 本人                                 |
| 被災職員に関する事項  | 所属団体名 広島県教育委員会<br>-----<br>所属部局名 〇〇市立〇〇小学校<br>(電話番号 〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇 )              | フリガナ フクヤマ ハルコ<br>氏 名 福山 春子 <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女<br>昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日生 ( 〇 歳)<br>共済組合員・健康保険組合員記号番号<br>記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇 |
|   | 職 名 教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |   |
|   | 災害発生の日 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ( 〇 曜日 ) 午前 8 時 0 分頃<br>午後                             |   |
|   | 災害発生の場所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇前交差点  |   |
|   | 傷 病 名 頸部挫傷<br>-----<br>傷病の部位及びその程度 頸部 約1週間の通院加療を要する。                           |   |

|           |   |                 |       |
|-----------|---|-----------------|-------|
| * 受理      | 所属部局  | 任命権者            | 基金支部  |
| (到達した年月日) | 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日   | 令和〇 年 〇〇 月 〇△ 日 | 年 月 日 |
| * 認定      | 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 | * 通知            | 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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 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やむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。  
したがって、「2 災害発生の状況等」の欄は、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかとなるよう、その状況を記入すること。
- 「2 災害発生の状況等」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

様式第2号

|   |  |  |   |   |    |    |
|---|--|--|---|---|----|----|
| 2   | (1) 災害発生の日の勤務開始（予定）時刻又は勤務終了の時刻   | 午前<br>午後   | 8 | 時 | 30 | 分頃 |
|   | (2) 災害発生の日に住居を離れた時刻  | 午前<br>午後   | 7 | 時 | 30 | 分頃 |
|   | (3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻  | 午前<br>午後   |   | 時 |    | 分頃 |
|   | (4) 災害発生の状況  | <p>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要時間は約30分ですが、被災当日は通常の勤務経路である県道が工事中のため、迂回路を通過して出勤することにしました。</p> <p>迂回路による所要時間は約50分が見込まれたため、いつもより早めに自宅を出発し、30分程して〇〇市〇〇町の〇〇前交差点に差しかかりました。赤信号だったので一時停止していたところ、後続の小型乗用車に追突され、その衝撃により頸部を座席上部に強打し、首に痛みを覚えました。すぐに最寄りの〇〇警察署と職場に連絡するとともに、加害者の〇〇氏に付き添われて〇〇病院で受診しました。</p> <p>診察の結果、「頸部挫傷」で約1週間の通院加療を要すると診断され、現在では治癒しています。</p>   |   |   |    |    |
| <p>・被災職員が、職務内容・被災状況・医療機関の受診状況（転医している場合は、それを含めて）などについて、詳しく、具体的に記入</p> <p>・通常の経路や方法と異なる場合には、その理由も説明</p> |  |  |   |   |    |    |
| *3  | <p>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。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>所属部局の</p> <p>名 称 〇〇市立〇〇小学校</p> <p>所 在 地 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号</p> <p>長の職・氏名 校長 〇〇 〇〇</p> <p>・証明日は、被災職員の認定請求日以降の日付となります。</p> <p>・記載の事実を十分に確認して証明してください</p> |  |   |   |    |    |
| 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<br><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<br><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  | 注意事項の7を参照  | <p>1 1 3 出勤途上の合理的経路上において発生した災害であり、通勤災害に該当する者と認められる。</p> <p>注意事項の8を参照</p> <p>〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>必ず、任命権者の意見を記入して下さい。</p> <p>日付は、所属部局の長の証明日以降の日付となります。</p> <p>任命権者の職・氏名 広島県教育委員会</p>  |   |   |    |    |

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

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

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

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

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

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

様式第2号の2

兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合（法第2条第2項第2号及び第3号関係）の記載例  
 【1枚目は第2号の1（住居と勤務場所との間の往復の場合）に同じ】

|   |   |  |  |        |                  |  |
|---|---|--|--|--------|------------------|--|
| 法第2条第2項第2号及び第3号関係<br>兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合  |   | 通勤災害認定請求書  |  | * 認定番号 |                  |  |
| 地方公務員災害補償基金<br><br>広島県 支部長 殿<br>-----<br><br>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<br><br>(〒 ー )<br><br>請求者の住所<br><br>-----<br>フリガナ<br>氏 名<br><br>-----<br>被災職員との続柄 |  |        |                  |  |
| 1<br><br>被<br>災<br>職<br>員<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項                               | 所属団体名   |  | フリガナ<br><br>氏 名 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 男<br/><input type="checkbox"/> 女</span> |        |                  |  |
|   | 所属部局名<br><br>(電話番号 )  |  | 年 月 日生 ( 歳 )   |        |                  |  |
|   | 職 名 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> 常 勤<br/><input type="checkbox"/> 令第1条職員</span> |  | 共済組合員・健康保険組合員記号番号<br><br>記号 番号   |        |                  |  |
|   | 災害発生の<br>日 時  |  | 年 月 日 ( 曜日 ) 午前 時 分頃<br>午後 時 分頃  |        |                  |  |
|   | 災害発生の場所   |  |  |        |                  |  |
|   | 傷 病 名   |  |  |        |                  |  |
|   | 傷病の部位及びその程度   |  |  |        |                  |  |
| * 受 理<br><small>(到達した年月日)</small>   | 所 属 部 局<br>年 月 日  |  | 任 命 権 者<br>年 月 日   |        | 基 金 支 部<br>年 月 日 |  |
| * 認 定   | 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当                                       |  | * 通 知  | 年 月 日  |                  |  |

〔注意事項〕

- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 2 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」は、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、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、日常生活に必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。  
 したがって、「2 災害発生の状況等」の欄は、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかになるよう、その状況を記入すること。
- 4 「2 災害発生の状況等」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、当該欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 5 「2 災害発生の状況等」の欄の(1)には、災害が注意事項3の①及び②の際に生じたものである場合は、勤務開始(予定)年月日及び時刻を、災害が注意事項3の③の移動の際に生じたものである場合は、勤務終了年月日及び時刻を記入すること。  
 また、(2)には、災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所から離れた年月日及び時刻を、注意事項3の②の際に生じたものである場合は、家族が住む住居を離れた年月日及び時刻を、注意事項3の③の際に生じたものである場合は、単身赴任先の住居を離れた年月日及び時刻を記入すること。また、(3)は、災害が注意事項3の②③の際に生じたものである場合に記入すること。

様式第2号の2

|    |                              |   |   |        |
|----|------------------------------|---|---|--------|
| 2  | (1) 勤務開始(予定)又は勤務終了の年月日及び時刻   | ○年 ○月 ○日  | 午前<br>午後  | 8時45分頃 |
|    | (2) 住居又は就業の場所を離れた年月日及び時刻     | ○年 ○月 ○日  | 午前<br>午後  | 4時00分頃 |
|    | (3) 勤務場所を離れた年月日及び時刻          | 年 月 日   | 午前<br>午後  | 時 分頃   |
|    | (4) 災害発生の状況                  | <p>私は、令和○年4月から○○事務所に単身赴任で勤務しています。通常、金曜日の勤務終了後、家族が住む○○市○○町○○番地の自宅に戻り、日曜日の夜に単身赴任先の住居(○○市○○町○○番地)へ戻り、月曜日の出勤に備えています。</p> <p>被災当日、帰省先から単身赴任先住居へ向かう途中、JR○○駅のホームへ降りる階段が雨で濡れていたため、足を踏み外し、右足首を捻りました。右足に異常を感じながらも○○病院まで向かい受診したところ、右足首捻挫で1週間の安静加療を要すとの診断を得ました。</p> <p>帰省先、単身赴任先の住所を明記すること。</p>   |   |        |
| *3 | 1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 |   |   |        |
|    | 1 令和○○年○○月○○日                | 名称 ○○市○○部○○課<br>所在地 ○○市○○町○○番○○号<br>長の職・氏名 課長 ○○ ○○   | ・証明日は、被災職員の認定請求日以降の日付となります。<br>・記載の事実を十分に確認して証明してください |        |
| 4  | 添付する資料名                      | <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写<br><input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input checked="" type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程<br><input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input checked="" type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他 |   |        |
| *5 | 任命権者の意見                      | 注意事項の9を参照<br>9 3 8 出勤途上の合理的経路上において発生した災害であり、通勤災害に該当する者と認められる。<br>注意事項の8を参照<br>令和○○年○○月○○日<br>任命権者の職・氏名 ○○市長 ○○○○<br>必ず、任命権者の意見を記入して下さい。<br>日付は、所属部局の長の証明日以降の日付となります。  |   |        |

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

<記載例>

- 災害発生現場に居合わせた職員が「現認書」を作成
- 目撃者の立場から被災状況を記入  
(認定請求書の「2 災害発生の状況」と同じ表現は避ける)

現 認 書  
 事 実 証 明 書

|                               |  |                                 |            |
|-------------------------------|--|---------------------------------|------------|
| 被災する職員に項                      | 被災職員の職氏名   | 主事 広島 太郎                        |            |
|                               | 災害発生の日時  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (〇曜日) 午後 4 時 00 分ごろ |            |
|                               | 災害発生の場所  | 〇〇市〇〇町の〇〇公民館                    |            |
| 災害発生の状況 (現認者等と被災職員との関係も明記のこと) | 私は、被災職員の所属係の同僚の□□です。   |                                 |            |
|                               | 当日は、第〇〇回〇〇市大菊花大会に展示するための菊の鉢を回収するため、2班に分かれて、それぞれ2tトラックで、市内の小中学校に管理をお願いしていた菊の鉢を回収してまわりました。   |                                 |            |
|                               | 当初、展示会場に直接搬入する予定でしたが、台風が近づいていましたので、〇〇公民館の倉庫にいったん仮置きすることになっていました。   |                                 |            |
|                               | 私は、広島さんとは別の班で、私の班が回収作業を終えて〇〇公民館に到着したときには、広島さんの班はまだ戻ってきていませんでしたが、私が倉庫で菊を降ろしていると、広島さんが乗ったトラックも帰ってきました。作業を続けていると、「痛っ!」という大きな声が聞こえたので、振り返ってみると、トラックの側でうずくまっている広島さんがいました。ブルーシートに覆われていた角材に気付かず、それを踏んで足を捻ったようでした。 |                                 |            |
|                               | 広島さんが足首の激痛を訴えたので、病院に行ったほうがいいと思います、作業の続きを他の職員にお願いし、すぐに私の運転する車でA医院に連れて行きました。   |                                 |            |
|                               | 現認者等の証明  | 上記のとおりであることを証明します。              |            |
|                               |  | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日               |            |
|                               |  | 住所                              | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
|                               |  | 所属                              | 企画部観光振興課   |
|                               |  | 職氏名                             | 主事 □ □ □ □ |
|                               |  |                                 |            |

現住所を記載すること

【注意事項】

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

- 現場に居合わせた職員がいない場合に、災害発生報告を受けた職員が「事実証明書」を作成
- 報告を受けた時刻、報告の内容などを具体的に記入

現 認 書  
 事 実 証 明 書

|                                      |   |                           |  |
|--------------------------------------|---|---------------------------|--|
| 被災職員に<br>関する事項                       | 被災職員の職氏名  | 教諭 福山 春子                  |  |
|                                      | 災害発生の日時   | 令和〇〇年〇〇月〇〇日（〇曜日）午前8時00分ごろ |  |
|                                      | 災害発生の場所   | 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇前交差点       |  |
| 災害発生<br>の状況<br>(現認者等と被災職員との関係も明記のこと) | 私は被災職員の学校の教頭です。   |                           |  |
|                                      | 被災当日の朝、午前8時15分ごろに被災職員から事故の報告の電話がありました。私が本人から電話で聞いた事故の状況は次のとおりです。                        |                           |  |
|                                      | —いつもは県道を通して通勤しているが、工事中のため迂回路を通して出勤していた。〇〇前の交差点で赤信号のため一時停止をしていたところ、後続の自動車に追突され、首に痛みを覚えた。 |                           |  |
|                                      | 警察へ連絡したので、加害者とともに現場検証を受けてから、病院へ寄っていきます。—  |                           |  |
|                                      | 私は、加害者の連絡先などを確認しておくことや、病院での診察が終わったら連絡するよう伝え、無理をしないようにと言いました。                            |                           |  |
|                                      | なお、事故の原因は、加害者のわき見運転であるとのことでした。  |                           |  |
|                                      | また、被災当日に県道の拡幅工事があり、通行止となっていたことを確認しています。   |                           |  |
|                                      | 上記のとおりであることを証明します。  |                           |  |
|                                      | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |                           |  |
|                                      | 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号<br>所 属 〇〇市立〇〇小学校<br>職氏名 教頭 〇 〇 〇 〇                                     |                           |  |

現住所を記載すること

**〔注意事項〕**

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

- 災害発生状況がわかる絵図を作成、または写真を添付
- 腰痛事案などの場合は、必ず災害発生時の姿勢や体勢を正確に再現した写真を添付してください。
- ※ 写真を撮る場合には、事故が再発しないように注意してください。

災害発生状況写真（又は図）

所属・氏名を記載  
(被災職員本人の場合は本人氏名)

撮影者 ○○市観光振興課 広島太郎



トラックから降りようとした  
ところ

.....

.....

適宜コメントを付ける



地面に足をつき、足を捻っ  
た状態

.....

.....



ブルーシートの下の様子

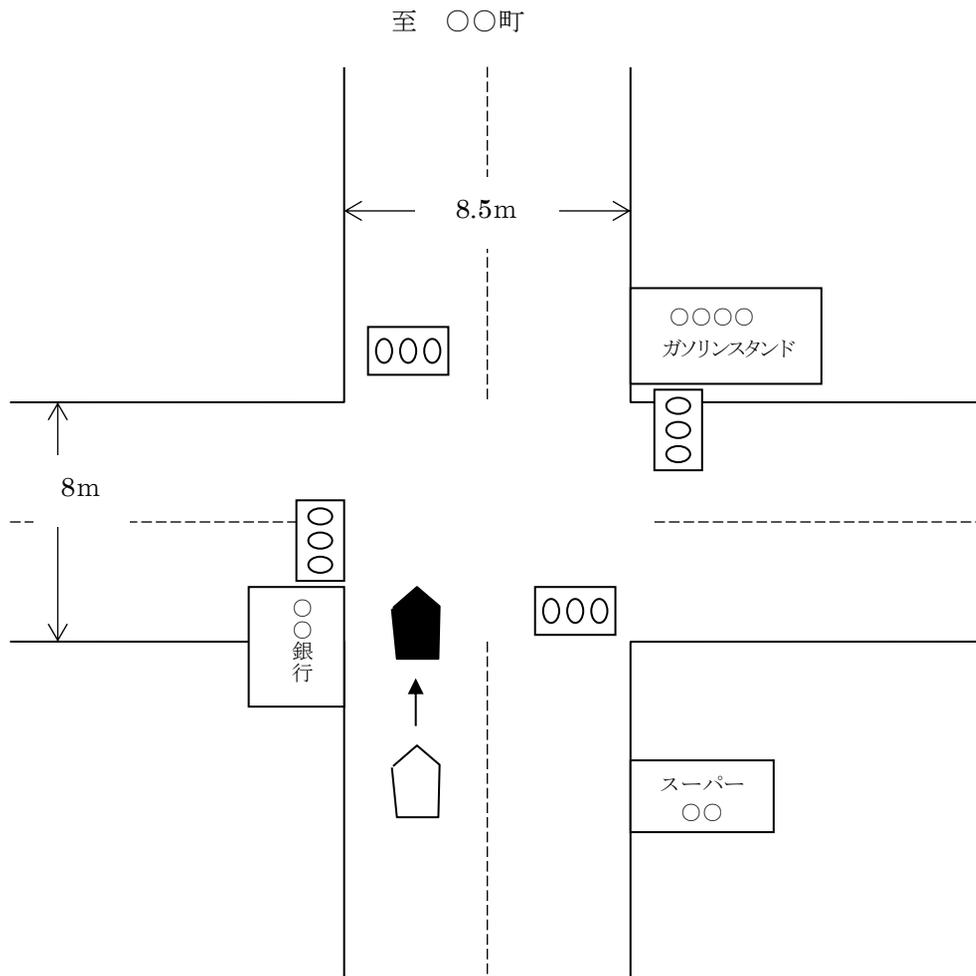
.....

.....

.....

このほかに、事故現場や事故車両などを撮影した写真もできるだけ添

### 災害発生状況図



作成者 〇〇市立〇〇小学校 福山 春子

↑  
所属・氏名を記載  
(被災職員本人の場合は本人氏名)

- 原則としてこの様式で作成してもらい、原本を提出してください。
- 既に各医療機関様式で診断書を作成している場合には、基金の診断書の項目が入っていれば、利用可能です。

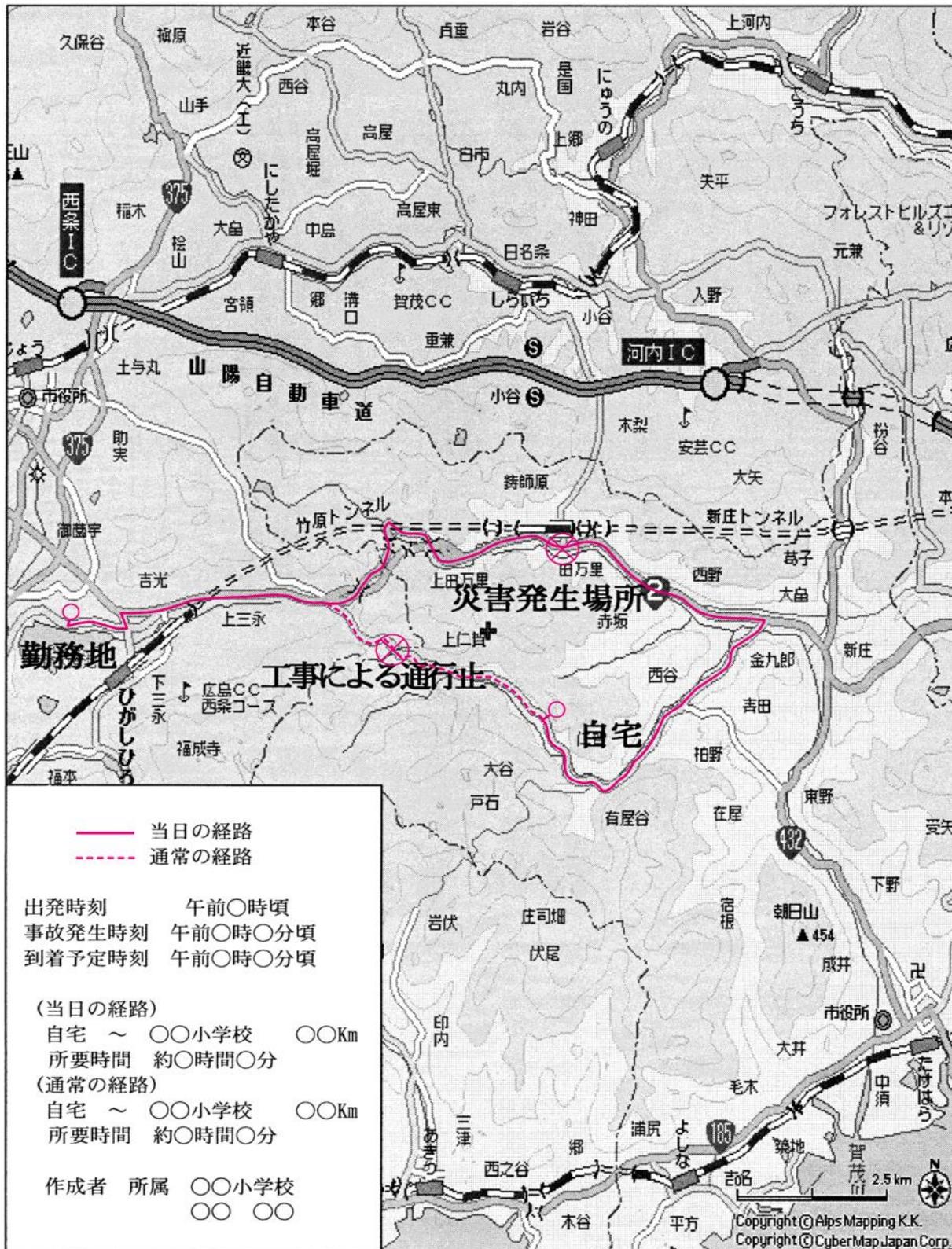
地 方 公 務 員 災 害 補 償

## 診 断 書

|   |     |  |
|---|-----|--|
| 被災<br>職員  | 住 所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地   |
|   | 氏 名 | 広 島 太 郎 (生年月日 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日)  |
| 初 診 日   |     | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日  |
| 傷 病 名   |     | 右足関節捻挫   |
| 上記傷病に<br>関係のある<br>既往歴   |     | なし   |
| 原 因<br>主 訴  |     | トラックから降りた時、木材を踏んで右足を捻挫<br>右足首痛   |
| 検査結果、臨床<br>所見など<br><br>(できるだけ詳細<br>に記入してくだ<br>さい。)  |     | 右足レントゲン検査の結果、骨には異常なし。  |
| 現 症<br>及 び<br>症 状 経 過   |     | 湿布し、弾力包帯で固定し、安静加療を要す。  |
| 療養の見込み  |     | 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から約 7 日間の療養を要する見込み  |
|   |     | 入院の要否 <input type="checkbox"/> 要 ( 日間) <input checked="" type="checkbox"/> 否 |
| <p>上記のとおり診断します。 <span style="float: right;">令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日</span></p> <p style="text-align: center;">所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地</p> <p style="text-align: center;">名 称 B病院</p> <p>〔医療機関〕 電 話 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</p> <p style="text-align: center;">医師名 〇〇 〇〇</p> <p style="text-align: center;">(※ 自署又は記名押印)</p> |     |  |

- 既存の地図を使用し、適宜縮小コピーするなどして、原則としてA4判で作成
- 自宅、通勤地、災害発生の場所を明示し、災害発生当日の経路を赤の実線、通常の経路を赤の破線で示す

## 通勤経路図



- 認定請求に必要な書類が添付できない場合や災害発生状況について追加説明を求める場合などに、提出を求めます。
- 申立者は十分に調査、確認を行った上で提出してください。なお、必要に応じ根拠規程や参考資料等を添付してください。

## 申 立 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課

職・氏名 課長 〇〇〇〇

### 出張命令簿を作成していないこと に関する申立てについて

このことについて、次のとおり申立てます。

|  |
|--|
| 1 出張命令簿を作成しない理由  |
| 当市では、公用車による市内出張の場合、公用車使用簿で管理することになっており、旅行命令簿は作成していません。 |
| 2 職員への出張命令の方法  |
| 職員に対する出張命令は、所属の課長から口頭により行われ、用務終了後、口頭で復命することになっております。   |
| 3 出張命令の内容について  |
| 当該災害に係る出張命令は次のとおりです。                                   |
| (1) 日 時 令和〇〇年〇月〇日 〇時〇分から〇時〇分まで                         |
| (2) 用務先 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇市〇〇支所                             |
| (3) 用務内容 〇〇会議への出席                                      |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 疾病により医療機関を受診した場合には、必ず添付してください。
- 受診医療機関が2以上ある場合や同一の病院で診療科が異なる場合には、それぞれ作成してください。

## 治療状況報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課  
(被災職員)

氏 名 〇〇〇〇

私の認定請求傷病に係る治療状況について、次のとおり報告します。

| 医療機関   |    | 〇〇病院〇〇科 |   |      | 報告期間 |      |  | 令和〇〇年4月24日から<br>令和〇〇年6月2日(報告日)まで |   |   |   |   |   |
|--------|----|---------|---|------|------|------|--|----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 日      | 年月 | 〇年4月    |   | 〇年5月 |      | 〇年6月 |  | 年                                | 月 | 年 | 月 | 年 | 月 |
|        | 1  | 16      |   |      | △    |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 2      | 17 |         |   | △    |      | △×   |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 3      | 18 |         |   | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 4      | 19 |         |   | △    | △    |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 5      | 20 |         |   | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 6      | 21 |         |   | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 7      | 22 |         |   |      |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 8      | 23 |         |   |      | △    |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 9      | 24 |         | ○ | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 10     | 25 |         | ○ |      |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 11     | 26 |         | ○ |      |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 12     | 27 |         | ○ | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 13     | 28 |         | ○ |      | △    |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 14     | 29 |         | ○ |      |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 15     | 30 |         | ○ | △    |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
|        | 31 |         | △ |      |      |      |  |                                  |   |   |   |   |   |
| 合<br>計 | 入院 | 7 日     |   | 日    |      | 日    |  | 日                                |   | 日 |   | 日 |   |
|        | 通院 | 1 日     |   | 12 日 |      | 1 日  |  | 日                                |   | 日 |   | 日 |   |

- 〔注意事項〕** 受診医療機関が2以上ある場合は、それぞれの医療機関ごとに作成すること。
- 〔記入要領〕**
- …… 入院した日
  - △ …… 通院した日
  - × …… 治癒した日

- 疾病（特に腰痛・頸部痛）の場合には、必ず添付してください。
- 医療機関を受診していないが、症状があった場合にも記入してください。
- 既往症があっても必ずしも認定にならないことはないのです、正確に記入してください。

## 既往症歴報告書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課  
(被災職員)

氏 名 〇〇〇〇

私の 腰部捻挫 に係る既往症歴について、次のとおり報告します。

既往症の有無

(有)

無

既往症が有る場合

| 傷病名   | 発症時期         | 発症原因、症状、治療経過など   | 治癒時期       | 受診医療機関  |
|-------|--------------|--|------------|---------|
| 急性腰痛症 | 令和〇年<br>〇月〇日 | 患者のシーツ交換を2人で行っており、シーツを奥から手前に思いきり引いたところ腰に激痛が走った。〇〇病院を受診したところ、急性腰痛症と診断され、〇年〇月〇日から〇月〇日まで通院した。 | 〇年〇<br>月〇日 | 〇〇病院〇〇科 |

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

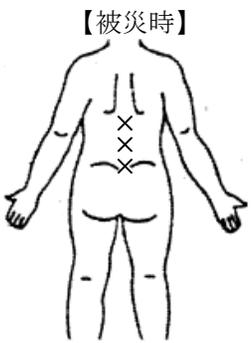
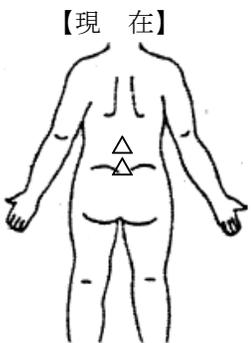
腰痛の場合には、必ず添付してください。

発症状況等調書（腰痛事案）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

今回の腰痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名 〇〇〇〇

|   |   |
|---|---|
| <p>1 災害発生状況</p> <p>作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり</p> <p>※ 非災害性の腰痛の場合、この調書のほか、日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p> | <p>被災日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被災場所 〇〇市〇〇町 第〇ゴミ集積場</p> <p>被災状況 通常の動作とは異なる動作の有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無<br/>突発的な出来事・アクシデントの有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無</p> <p>(具体的状況)<br/>ゴミ収集作業中、同僚と2人でダンボール箱を両手で持ち上げ、収集車の荷台に置こうとしたところ、同僚の手が滑り、持ち上げたダンボール箱の重量が被災職員にかかり、その際、ダンボール箱を落とすまいとして不自然な姿勢となり、その瞬間、腰部に激痛が走った。</p> <p>腰痛の発症原因となった対象物</p> <p>【人】 (性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg<br/>【物】 (大きさ) 50cm × 60cm × 40cm (重量) 40kg<br/>(形状) 箱状 (材質) 紙</p> |
| <p>2 被災職員に関する事項</p>   | <p>(性別) <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女 (年齢) 〇〇歳 (身長) 170cm (体重) 65kg</p> <p>痛みを感じる部位 自発痛 (×)、圧痛 (△)、運動痛 (○) の部位を図示</p> <p>【被災時】  【現在】 </p>   |
| <p>3 被災原因等に関する申立て</p>   | <p>今回の腰痛を発症する直前の状況</p> <p>a 腰痛の自覚症状はまったくなかった<br/> <input checked="" type="checkbox"/> b 運動時など、時々軽い痛みを感じていた ( 〇〇 年 〇 月頃から)<br/> c 常時、腰部に痛みや不快感を感じていた ( 年 月頃から)</p> <p>今回の発症原因についてどう考えるか</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> a 被災時に従事した作業が原因である<br/> b 普段の通常業務が原因である<br/> c 身体上の素因や以前から有していた腰痛症が原因である<br/> d その他 ( )</p> <p>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> <p>※「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p>               |
| <p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日 所属長職・氏名 〇〇市〇〇部〇〇課<br/>〇〇〇〇</p>                       |   |

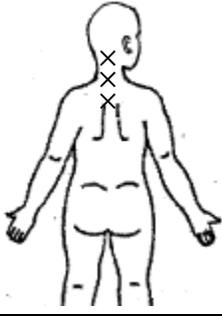
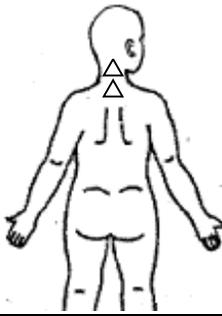
頸部痛の場合には、必ず添付してください。

### 発症状況等調書（頸部痛事案）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

今回の頸部痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名           〇 〇 〇 〇          

|   |  |
|---|--|
| <p>1 災害発生状況</p> <div style="border: 1px solid gray; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり</p> </div> <p>※ 非災害性の頸部痛の場合、この調書のほかに日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p> | <p><b>被災日</b> 令和〇〇年〇〇月〇〇日 <b>被災場所</b> 〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇路上</p> <p><b>被災状況</b> 通常の動作とは異なる動作の有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無<br/>         突発的な出来事・アクシデントの有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無</p> <p>(具体的状況)<br/> <b>通勤途上に交差点で信号待ちをしていたところ、後方から不意に前方不注意の乗用車に衝突され、その瞬間、頸部が後方に動いた後、急激に前方に振れ、その後から頸部背中側に痛みを感じた。</b></p> <p><b>頸部痛の発症原因となった対象物</b></p> <p>【人】 (性別) 男・女 (年齢) 歳 (身長) cm (体重) kg<br/>         【物】 (大きさ) cm × cm × cm (重量) kg<br/>         (形状) <b>普通乗用車</b> (材質) <b>鉄</b></p>  |
| <p>2 被災職員に関する事項</p>   | <p>(性別) <input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女 (年齢) 〇〇歳 (身長) 170cm (体重) 65kg</p> <p><b>痛みを感じる部位</b> 自発痛 (×)、圧痛 (△)、運動痛 (○) の部位を図示</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>【被災時】</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>【現在】</p>  </div> </div>  |
| <p>3 被災原因等に関する申立て</p>   | <p><b>今回の頸部痛を発症する直前の状況</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> a 頸部痛の自覚症状はまったくなかった<br/> <input type="checkbox"/> b 作業時など、時々軽い痛みを感じていた (      年      月頃から)<br/> <input type="checkbox"/> c 常時、頸部に痛みや不快感を感じていた (      年      月頃から)</p> <p><b>今回の発症原因についてどう考えるか</b></p> <p><input type="checkbox"/> a 被災時に従事した作業が原因である<br/> <input type="checkbox"/> b 普段の通常業務が原因である<br/> <input type="checkbox"/> c 身体上の素因や以前から有していた基礎疾患が原因である<br/> <input checked="" type="checkbox"/> d その他 (交通事故による後方からの衝突が原因である。)</p> <p><b>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無</b> <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> <p>※ 「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p> |
| <p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和〇〇年〇〇月〇〇日    所属長職・氏名    〇〇市〇〇部〇〇課<br/>         〇〇〇〇</p>  |  |

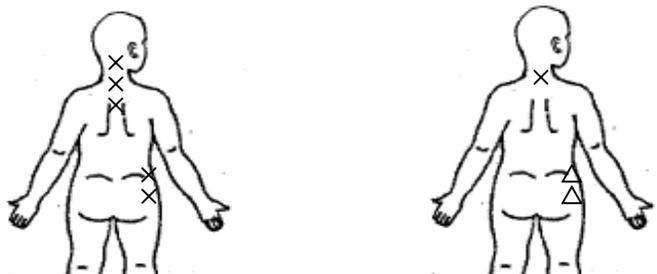
頰部痛、腰痛のいずれの症状もある場合には、必ず添付してください。

発症状況等調書（頰部・腰部痛事案）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

今回の頰部痛・腰部痛を発症したときの状況等については、次のとおりです。

被災職員氏名 〇〇〇〇

|  |   |
|--|---|
| <p>1 災害発生状況</p> <p>（作業姿勢については、別添「災害発生状況写真」のとおり）</p> <p>※ 非災害性の頰部痛の場合、この調書のほかに日常業務の従事状況等に関する詳細な資料を整備すること。</p> | <p>被災日 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被災場所 〇〇特別支援学校〇階階段</p> <p>被災状況 通常の動作とは異なる動作の有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無<br/>突発的な出来事・アクシデントの有無 → <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無</p> <p>（具体的状況）<br/>特別支援学校で知的障害を有する児童が教室から出て行き、当該児童を追いかけていたところ、階段途中でつまずき、下の廊下まで落ち、その際、首と腰部を激しく打った。<br/>その後、頰部背中側及び右腰部に痛みを感じた。</p> <p>頰部痛・腰部痛の発症原因となった対象物</p> <p>【人】（性別）男・女（年齢） 歳（身長） cm（体重） kg<br/>【物】（大きさ） cm × cm × cm（重量） kg<br/>（形状） （材質）</p>   |
| <p>2 被災職員に関する事項</p>  | <p>（性別）男・<input checked="" type="checkbox"/>女（年齢）〇〇歳（身長）158cm（体重）48kg</p> <p>痛みを感じる部位 自発痛（×）、圧痛（△）、運動痛（○）の部位を図示</p> <p>【被災時】 【現在】</p>   |
| <p>3 被災原因等に関する申立て</p>  | <p>今回の頰部痛・腰部痛を発症する直前の状況</p> <p><input type="checkbox"/> a 頰部痛の自覚症状はまったくなかった<br/>b 作業時など、時々軽い痛みを感じていた（ 年 月頃から）<br/><input type="checkbox"/> c 常時、頰部に痛みや不快感を感じていた（ 年 月頃から）<br/><input type="checkbox"/> d 腰痛の自覚症状はまったくなかった<br/>e 作業時など、時々軽い痛みを感じていた（ 年 月頃から）<br/>f 常時、腰部に痛みや不快感を感じていた（ 年 月頃から）</p> <p>今回の発症原因についてどう考えるか</p> <p><input type="checkbox"/> a 被災時に従事した作業が原因である<br/><input type="checkbox"/> b 普段の通常業務が原因である<br/><input type="checkbox"/> c 身体上の素因や以前から有していた基礎疾患が原因である<br/><input type="checkbox"/> d その他（ ）</p> <p>今回の発症に関連すると思われる他のアクシデントの有無 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有</p> <p>※「有」の場合、時期や状況の詳細について別添資料として整備すること。</p> |
| <p>「1 災害発生状況」については、上記のとおり相違ありません。</p> <p>令和〇〇年〇〇月〇〇日 所属長職・氏名 〇〇市〇〇部〇〇課<br/>〇〇〇〇</p>                          |   |

様式第5号

<記載例>

|   |  |   |   |       |                            |
|---|--|---|---|-------|----------------------------|
|   |  | 被災職員が作成し、指定医療機関に提出  |   | 認定番号  | 認定通知書の認定番号を記入<br>〇〇-〇〇〇〇〇〇 |
| 療養の給付請求書  |  |   |   |       |                            |
| 地方公務員災害補償基金<br><br>広島県 支部長 殿<br>-----<br><br>下記の指定医療機関等における療養の給付を<br>請求します。 |  | 請求年月日 令和〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日<br><br>請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>-----<br>フリガナ ミ シ ヲ ミ<br>氏 名 三 次 夏 美 |   |       |                            |
| 被災職員に関する事項  | 1 所属団体名 〇〇〇〇〇〇組合   |   | フリガナ ミ シ ヲ ミ  |       |                            |
|   | 所属部局名 〇〇〇事務所〇〇課〇〇係   |   | 氏 名 三 次 夏 美   |       |                            |
|   | 職 名 主任 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |   | 被災時の年齢<br>負傷又は発病の年月日<br>平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日生 ( 〇〇 歳)<br><br>令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 |       |                            |
| 療養を受けようとする指定医療機関等   | (新)  | 名 称   | 〇〇中央病院  |       |                            |
|   |  | 所在地   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |       |                            |
|   | (旧)  | 名 称   |   |       |                            |
|   |  | 所在地   |   |       |                            |
| * 受 理   | 基金支部   |   |   |       |                            |
| (到達した年月日)   | 年 月 日  |   |   |       |                            |
| * 決 定   | 年 月 日  |   | * 通 知   | 年 月 日 |                            |
|   | <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給                       |   |   |       |                            |

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

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



認定傷病名以外のものが記載されていたら、追加認定の手続が必要となる場合があります。

この面は医療機関が記入  
(レセプト添付でもよい)

| *10 診療費請求明細   |           | (職員氏名) 安芸 二郎   |  |                                 |             |        |
|---|-----------|--|--|---------------------------------|-------------|--------|
| 傷病名   | ア 左下腿骨骨折  | 診療開始日  | ア 年 月 日  | 診療期間                            | 令和〇年〇月〇日から  |        |
|   | イ         |  | イ 年 月 日  |                                 | 令和〇年〇月〇日まで  |        |
| ウ   |           | ウ 年 月 日  |  | 診療実日数                           | 日           |        |
| 初診  | 時間外・休日・深夜 | 回  | 点  |                                 |             |        |
| 再診  | 再診        | ×  | 回  | 傷病の経過<br>緊急手術施行後、<br>ギプス固定、安静加療 |             |        |
|   | 外来診療科     | ×  | 回  |                                 |             |        |
|   | 継続管理加算    | ×  | 回  |                                 |             |        |
|   | 外来管理加算    | ×  | 回  |                                 |             |        |
|   | 時間外       | ×  | 回  |                                 |             |        |
| 休日  | ×         | 回  | 転<br>令和〇年〇月〇日  |                                 |             |        |
| 深夜  | ×         | 回  |  |                                 |             |        |
| 指導  |           |  |  |                                 |             |        |
| 在宅  | 往診        | 回  | 摘<br>要<br><br>初診料 3,760 円<br>救急医療管理 6,000 円<br>室料加算 4,500×3=13,500 円<br>入院時食事療養費 8日分 18,400 円<br>公務災害用診断書 1通 2,000 円 |                                 |             |        |
|   | 夜間        | 回  |  |                                 |             |        |
|   | 深夜・緊急     | 回  |  |                                 |             |        |
|   | 在宅患者訪問診察  | 回  |  |                                 |             |        |
| その他   | 回         |  |  |                                 |             |        |
| 投薬  | 内服 薬剤     | 〇×〇  | 〇単位  | 〇〇〇                             | 投薬          |        |
|   | 調剤        |  | 回  | 〇                               |             |        |
|   | 屯服 薬剤     | ×  | 単位   |                                 |             |        |
|   | 調剤        |  | 回  |                                 |             |        |
| 外用 薬剤   | ×         | 単位   |  |                                 |             |        |
| 調剤  |           | 回  |  |                                 |             |        |
| 処方  | 〇〇×〇      | 回  | 〇〇   |                                 |             |        |
| 麻毒  |           | 回  |  |                                 |             |        |
| 調基  |           | 回  |  |                                 |             |        |
| 注射  | 皮下        | 回  | 11   | 処置                              | 術後創傷処理      | 75×5   |
|   | 筋肉内       | 回  |  |                                 | 下肢プラスチックギプス | 1200×1 |
| 静脈内   | 回         |  |  | 〇〇                              | 〇〇×〇        |        |
| その他   | 回         |  |  | 手術                              | 骨折非観血整復術    | 1780×1 |
| 処置  | 薬剤        | 7回   | 518  | 麻酔                              | 〇〇          | 〇〇×1   |
| 手術・麻酔   | 薬剤        | 2回   | 3090   |                                 |             |        |
| 検査  | 薬剤        | 回  |  |                                 |             |        |
|   | 薬剤        | 回  |  |                                 |             |        |
| 画像診断  | 薬剤        | 回  |  |                                 |             |        |
|   | 薬剤        | 回  |  |                                 |             |        |
| その他   |           |  |  |                                 |             |        |
| 入院  | 入院年月日     | 令和〇年〇月〇日   |  |                                 |             |        |
|   | 病・診・衣     | 入院基本料・加算<br>1061 × 8 日間 8488<br>× 日間<br>× 日間<br>× 日間<br>× 日間 |  |                                 |             |        |
| 院   | 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   | 158,688 円                       |             |        |
| 診療報酬点数により計算できないもの   |           | 13,224 × 12  |  | 43,660 円                        |             |        |
| 診療費請求合計額  |           |  |  | 202,348 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<br>名称<br>医師の氏名              |             |        |

受領委任  
払の場合  
記入不要

- 被災職員が薬剤費を自己負担し、公金受取口座を利用する場合の記載例
- 被災職員及び医療機関（薬局）が記入した後、領収証書などを添付して所属に提出

# 療養補償請求書

|      |             |             |
|------|-------------|-------------|
| 認定番号 | 〇〇-〇        | この面は被災職員が記入 |
| 請求回数 | 第2回（〇〇年〇月分） |             |

薬局

|                    |  |
|--------------------|--|
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長様 | 請求年月日 令和〇〇年〇月〇日                            |
| 下記の療養補償を請求します。     | 請求者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>フリガナ アキジロウ<br>氏名 安芸二郎 |

|            |  |
|------------|--|
| 1 補償用の受領委任 | この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。<br>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。<br>受任者の { 医療機関等の名称.....<br>住所.....<br>氏名(代表者名)..... |

記入不要

|            |  |   |                               |
|------------|--|---|-------------------------------|
| 2 被災する職員事項 | 所属団体名 〇〇市<br>フリガナ 安芸二郎   | 所属部局名 〇〇部 〇〇課 〇〇係<br>(電話番号〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇) | フリガナ 安芸二郎<br>S〇〇年〇〇月〇〇日生(〇〇歳) |
|            | 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 |   | 負傷又は発病の年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日        |
|            |  |   |                               |

|                    |   |                              |
|--------------------|---|------------------------------|
| 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   | 1,820 円                      |
| 5 看護料              | <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり  | 円                            |
|                    | 年 月 日から 日間 { 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                           | 円                            |
| 6 移送費              | <input type="checkbox"/> 交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 | 円                            |
|                    | <input type="checkbox"/> その他の移送費  |                              |
| 7 上記以外の療養費 (3~6以外) | 円   | 8 療養補償請求金額 (3~7の合計額) 1,820 円 |

|                              |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 送金希望口座等                    | <input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する                  | 利用欄にチェックを入れ、マイナンバーを間違えないよう記入                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                              | 個人番号   | 1  | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|                              | <input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する                              | 金融機関名.....銀行.....支店  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|                              | 口座種別 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 | 口座番号.....<br>口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ).....<br>氏名(フリガナ)..... |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> その他 |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

公金受取口座を利用する場合は  
口座情報は記入不要

|             |            |            |            |
|-------------|------------|------------|------------|
| *受理 (到達した日) | 所属部局 年 月 日 | 任命権者 年 月 日 | 基金支部 年 月 日 |
| *決定金額       | 円          | *通知 年 月 日  | *支払 年 月 日  |

- [注意事項]
- 1 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にV印を記入すること。
  - 2 「認定番号」の欄は、第1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
  - 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」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
  - 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」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 「診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細（例えば診断書料、入院室料差額等）を記入すること。



- 入院時に個室などの特別室を利用した際は、医療機関に必用事項を聞き取って作成
- 療養補償請求書に添付して提出

地方公務員災害補償

## 特別室必要申立書

|   |   |                            |                 |
|---|---|----------------------------|-----------------|
|   |   | 認定番号                       | 〇〇-〇〇〇〇〇〇       |
| 所 属   | 〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係  | 氏 名                        | 安芸 二郎           |
| 傷 病 名   | 左下腿骨骨折  | 災害発生日                      | 令和〇年〇月〇日        |
| 入院期間  | 令和〇年〇月〇日から〇年〇月〇日まで  | 8日間                        |                 |
| 特別室を必要とされた<br>具体的理由<br>(病院に受けた説明内容に該当するものに○を付けて、下の括弧にその内容を分かりやすく記載してください。)                          | <p>ア 病状重篤で絶対安静を必要とし、又は手術のため常時監視を要する場合など、療養上他の患者から隔離しなければ適切な診療が行えない場合</p> <p>イ 傷病の状態から、隔離しなければ他の患者の診療を著しく妨げる場合</p> <p>ウ 普通室が満床で、かつ、緊急に入院療養させる必要がある場合</p> <p>エ その他特別な事情がある場合</p> <p><b>受傷直後来院</b><br/>複雑骨折しており、症状が重篤であったため緊急手術となった。<br/>術後は絶対安静が必要であり、術後の管理として、症状の急変に備え医師又は看護師が常時監視し、随時適切な処置を講ずる必要があったため。</p> |                            |                 |
| 病室明細  | 呼称(収容定員)<br>(例:個室、上級室)  | 上級室(2人)                    | 普通室( 人部屋)(6人部屋) |
|   | 1日あたりの室料差額  | 4,500円                     | 0円              |
| 被災職員<br>使用状況  | 上記病室を必要とした<br>期間  | 〇〇年〇月〇〇日～<br>〇〇年〇月〇〇日(3日間) |                 |
|   | 合計  | 13,500円                    |                 |
| 備 考   |   |                            |                 |
| <p>上記について、病院に確認した内容と相違ないことを申し立てます。</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>確認者 所 属 〇〇市〇〇部〇〇課〇〇係</p> <p>氏 名 安芸 二郎</p> |   |                            |                 |

(注1) この証明書は、被災職員又は所属関係者等が病院に内容を聞き取って作成して下さい。

内容について、別途基金が医療機関に確認する場合があります。

(注2) 療養補償は、医学療養上必要な最小限度のものについてのみ行われるものですので、特別室を被災職員の希望により使用した場合には、その使用料(室料差額)については、被災職員個人が負担することとなります。

主治医の証明欄に証明を受けて、療養補償請求書にこの証明書、領収書（原本）、内訳書を添付してください。松葉杖に係る請求については、この証明書は不要です。

地方公務員災害補償

## 補装具必要証明書

|  |   |            |            |         |            |
|--|---|------------|------------|---------|------------|
|  |   | 認定番号       | 〇〇—100000  |         |            |
| 被災職員   | 所属  | 〇〇市〇〇部〇〇課  |            |         |            |
|  | 氏名  | 〇〇〇〇       |            |         |            |
|  | 生年月日  | S〇〇年〇月〇〇日生 |            |         |            |
|  |   | 傷病名        | 右膝内側々副靭帯断裂 |         |            |
| 災害発生日  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |            |            |         |            |
| 主治医の証明   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>傷病名</td> </tr> <tr> <td>右膝内側々副靭帯断裂</td> </tr> </table> |            |            | 傷病名     | 右膝内側々副靭帯断裂 |
|  | 傷病名   |            |            |         |            |
|  | 右膝内側々副靭帯断裂  |            |            |         |            |
|  | 上記の者は   |            |            |         |            |
| より {入院・ <span style="border: 1px solid black;">外来</span> } 加療中の者であり、   |   |            |            |         |            |
| <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>装具名</td> </tr> <tr> <td>右膝装具D軟性</td> </tr> </table> |   |            | 装具名        | 右膝装具D軟性 |            |
| 装具名  |   |            |            |         |            |
| 右膝装具D軟性  |   |            |            |         |            |
| 治療を行う上で  |   |            |            |         |            |
| の装着の必要を認めるとともに、  |   |            |            |         |            |
| 当該装具が適合したことを証明します。   |   |            |            |         |            |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |   |            |            |         |            |
| 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地   |   |            |            |         |            |
| 医療機関の名称 〇〇医院   |   |            |            |         |            |
| 担当医氏名 〇 〇 〇 〇  |   |            |            |         |            |
| (※ 自署又は記名押印)   |   |            |            |         |            |

医療機関が証明

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

付添看護料を請求する場合は、医療機関の証明を受けて、療養補償請求書にこの証明書と領収書（原本）を添付してください。

地方公務員災害補償

# 看護証明書

認定番号 〇〇—100000

|                                      |  |                         |
|--------------------------------------|--|-------------------------|
| 被災職員                                 | 住所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地              |
|                                      | 氏名   | 〇〇〇〇 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日) |
| 初診日                                  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |                         |
| 傷病名                                  | 右肩腱板断裂   |                         |
| 入院期間                                 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (7日間)  |                         |
| 看護必要期間                               | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (3日間)  |                         |
| 基準看護の有無                              | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無   |                         |
| 看護人の種別                               | <input checked="" type="checkbox"/> 正看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> 家族 (被災職員との続柄) |                         |
| 看護(付添)を必要とした理由<br>(病状等を詳細に記入してください。) | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 右肩腱板修復術施行<br>術後、外転装具で固定したため、排尿、排便、食事に介助を要した。   |                         |
| 備考                                   | 基準看護が実施されている医療機関にあっては、特に付添看護を必要とする理由を、この「備考欄」に詳細に記入してください。   |                         |
| 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                          |  |                         |
| 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地                       |  |                         |
| 医療機関名称 〇〇〇〇                          |  |                         |
| 医師名 〇〇〇〇                             |  |                         |
| (※ 自署又は記名押印)                         |  |                         |

病院における看護の場合は記入してください。

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

[参考] 看護料が認められるのは次の場合です。

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

- 移送費を請求する場合には、療養補償請求書にこの証明書及び「移送費明細書」を添付してください。
- タクシー利用の場合には、上記の書類に加え「タクシー等の利用の必要性に関する申立書」、領収書を添付してください。

## 通院日数証明書 区間運賃証明書

|      |    |            |      |           |
|------|----|------------|------|-----------|
| 被災職員 | 氏名 | 〇〇〇〇       | 認定番号 | 〇〇—100000 |
|      | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |      |           |

### 通院日数の証明

上記の者は、令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日  
までのうち〇〇日通院加療したことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

医療機関名称 〇〇病院

医師氏名 〇〇 〇〇

(※ 自署又は記名押印)

### 区間運賃の証明

「 広島駅 」 から 「 〇〇大学病院 」 までの  
区間は、片道運賃 200 円、往復運賃 400 円で  
あることを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

交通機関会社名 〇〇バス株式会社

職氏名 〇〇課長 〇〇〇〇

(※ 自署又は記名押印)

医療機関  
で証明

鉄道、バ  
ス会社で  
証明

(参考) 次の場合は、上記の証明を省略可能です。

- 1 通院日数の証明：診療報酬明細書（レセプト）の写しの添付する場合
- 2 区間運賃の証明：公共交通機関公式HP等で、該当区間の運賃の確認ができる書類の写しを添付する場合

- この証明書に通勤届の写しを添付してください。
- 通勤手当の給付と重複する場合には、支給されません。

## 移送費明細書

|   |                                      |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |
|---|--------------------------------------|------------|----|----|----|----|----|----|----|----|-------|---------------------|---------------|------|-----------|---------|-----------------------------------|
|   |                                      |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               | 認定番号 | 〇〇—100000 |         |                                   |
| 被災職員  | 所属                                   | 〇〇市〇〇部〇〇課  |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 所在地                 | 〇〇市〇〇町〇〇番地    |      |           |         |                                   |
|   | 氏名                                   | 〇〇〇〇       |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 住所                  | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 |      |           |         |                                   |
|   | 傷病名及び(災害発生日)                         | 右膝内側々副靭帯断裂 |    |    |    |    |    |    |    |    |       | (災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日) |               |      |           |         |                                   |
| 医療機関  | 所在地                                  | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |
|   | 名称                                   | 〇〇病院       |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |
| 通院日   | 1                                    | 2          | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11    | 12                  | 13            | 14   | 15        | 令和〇〇年〇月 |                                   |
|   |                                      |            | ⊙  |    |    |    |    |    |    | ⊙  |       |                     |               |      |           |         | 合計日数                              |
|   | 16                                   | 17         | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26    | 27                  | 28            | 29   | 30        | 31      | 5 日間                              |
|   |                                      | ⊙          |    |    |    |    |    |    | ⊙  |    |       |                     |               |      |           | ⊙       | (通院日に〇をして、その〇内に利用した交通機関を入れてください。) |
| 通院方法及び経路等   | 経路                                   |            |    |    |    |    |    |    |    |    | 交通機関  | 距離                  | 料金            |      |           |         |                                   |
|   | 広島駅 → 〇〇大学病院                         |            |    |    |    |    |    |    |    |    | 〇〇バス  | 〇 km                | 200円          |      |           |         |                                   |
|   | →                                    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     | 円             |      |           |         |                                   |
|   | →                                    |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     | 円             |      |           |         |                                   |
| →   |                                      |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       | 円                   |               |      |           |         |                                   |
| 移送費の算定<br>(具体的に分かるように計算式を書いてください。)                                | 200円×2(往復)×5日= 2,000円<br>(合計 2,000円) |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |
| 経路の略図   | (通院経路を実線、通勤経路を点線で記載してください。)          |            |    |    |    |    |    |    |    |    | 【記載例】 |                     |               |      |           |         |                                   |
|   |                                      |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>所属部局の長の職氏名 〇〇市〇〇部〇〇課長 〇〇 〇〇 |                                      |            |    |    |    |    |    |    |    |    |       |                     |               |      |           |         |                                   |

定期券等との重複がないかを確認してください。

(注意)

- 1 通院日の欄には通院日に〇をして、その〇内に利用した交通機関を入れてください。  
バス—(バ) タクシー—(タ) 電車—(電) JR—(J)
- 2 通勤届により通勤手当が支給されている区間については、補償対象とはなりません。
- 3 初回のみ、縮尺の分かる既製の地図(自宅及び勤務地・医療機関が分かるもの)を添付してください。(請求区間を変更した場合にも、初回のみ、変更後の地図を添付のこと。)
- 4 タクシーを利用した場合は、領収書及び「タクシー等の利用の必要性に関する申立書」を添付してください。(ただし、タクシーの利用は医師の判断等により療養上やむを得ないと認められる場合のみ、補償対象となります。)

- 領収書（原本）を添付して提出してください。
- タクシーの利用は、医師の判断等により療養上やむを得ないと認められる場合にのみ補償対象となります。

地方公務員災害補償  
タクシー等の利用の必要性に関する申立書

|   |    |               |      |           |
|---|----|---------------|------|-----------|
| 被災職員  | 氏名 | 〇〇〇〇          | 認定番号 | 〇〇—100000 |
|   | 住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地    |      |           |
| 認定傷病名   |    |               |      |           |
| 右脛骨遠位端骨折，左脛骨遠位端骨折                                 |    |               |      |           |
| タクシーによる移送を必要とする理由（公共交通機関等による移動が困難である理由を詳細に）わかりやすく |    |               |      |           |
| 両足を骨折し，歩行が困難であり，公共交通機関の利用が困難であるため                 |    |               |      |           |
| 受診期間（タクシー必要期間）                                    |    |               |      |           |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日から                                     |    | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から |      |           |
| の通院7日間のうち   |    | の通院3日間        |      |           |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで                                     |    | 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで |      |           |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

被災職員 所属 〇〇市▲▲課

氏名 〇 〇 〇 〇

マッサージ、はり、きゅう、柔道整復などの施術は、医師の同意のもとに行われた  
場合のみ補償の対象となります。(初診の場合を除く)

地方公務員災害補償

## 施術に関する同意書

認定番号 〇〇—100000

|   |                                  |   |          |             |
|---|----------------------------------|---|----------|-------------|
| 被災<br>職員  | 住所                               | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |          |             |
|   | 氏名                               | 〇〇 〇〇 (生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日)  |          |             |
|   | 被災年月日                            | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   | 療養を開始した日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |
|   | 傷病名                              | 右肩関節脱臼  |          |             |
|   | 同意区分                             | <input checked="" type="radio"/> 初回の同意 ・ <input type="radio"/> 再同意 (いずれかに○をつけてください)   |          |             |
|   | 診察日                              | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |          |             |
| 同意<br>の<br>内<br>容   | 施術の種類                            | <input type="checkbox"/> マッサージ <input type="checkbox"/> はり <input type="checkbox"/> きゅう <input checked="" type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> その他 ( )                           |          |             |
|   | 施術の部位                            | <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |          |             |
|   | 必要と認め<br>た期間及び<br>回数             | 令和〇〇年4月1日 から 令和〇〇年4月30日 まで<br>-----<br>上記の期間において、1か月当たり <u>8</u> 回程度の施術を必要とする。  |          |             |
|   | 施術者<br>(所在地<br>及び名称)             | 〇〇接骨院   |          |             |
| 同意した理由  | 上記傷病に対する急性期の疼痛緩和のため有効であると認められるため |   |          |             |
| 上記の者について、療養のための医療上の施術が必要と認め、施術に同意します。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>〔医療機関〕 名称 〇〇病院<br>医師名 〇〇 〇〇<br>(※ 自署又は記名押印) |                                  |   |          |             |

### 〔注意事項〕

- 「必要と認めた期間」は6か月を限度とし、それ以上の必要が生じたときは、再度診察の上同意書を交付してください。
- 同意書交付の費用は、1,000円（保険診療準拠）となります。  
療養補償請求書等で請求される場合は、書類名が「施術に関する同意書」である旨を御記載ください。

- 転医した（する）場合には、必ず提出してください。
- 認定請求時に既に転医している場合には、認定請求書に添付してください。

地 方 公 務 員 災 害 補 償

## 転 医 届

認定番号    〇〇—100000

|  |                |  |     |               |
|--|----------------|--|-----|---------------|
| 被災職員   | 所属             | 〇〇市〇〇部〇〇課  | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇番地    |
|  | 氏名             | 〇〇〇〇   | 住所  | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 |
|  | 傷病名<br>(災害発生日) | 〇〇〇〇<br>(災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)  |     |               |
| 現在受診<br>している<br>医療機関   | 所在地            | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地  |     |               |
|  | 名称             | 〇〇大学病院   |     |               |
|  | 療養期間           | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (診療 7日)   |     |               |
| 転医する<br>医療機関   | 所在地            | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地  |     |               |
|  | 名称             | 〇〇クリニック  |     |               |
|  | 転医日            | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |     |               |
| 転医する理由   |                | 通院上の理由    ・ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">療養上の理由</span> |     |               |
| <p>転医する理由を詳細に記入してください。<br/>         なお、療養上の理由による転医の場合は、主治医に受けた説明を被災職員が記載してください。</p> <p style="margin-left: 40px;">           ・精密検査を受ける必要があるため<br/>           ・手術を受ける必要があるため<br/>           ・リハビリを受ける必要があるため    など         </p> |                |  |     |               |
| <p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様<br/>         上記のとおり転医したいので届け出ます。<br/>         令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">被災職員氏名    〇〇   〇〇</p>   |                |  |     |               |

(注意)

- 1 合理的理由のない転医の場合、転医後の重複した療養費は補償対象外となります。
- 2 転医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
- 3 転医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
- 4 転医の状況について、基金が医療機関等に調査を行う場合があります。

- 併医した（する）場合には、必ず提出してください。
- 認定請求時に既に併医している場合には、認定請求書に添付してください。

地 方 公 務 員 災 害 補 償

# 併 医 届

認定番号 〇〇—100000

|  |                |                                    |     |               |
|--|----------------|------------------------------------|-----|---------------|
| 被災職員   | 所属             | 〇〇市〇〇部〇〇課                          | 所在地 | 〇〇市〇〇町〇〇番地    |
|  | 氏名             | 〇〇〇〇                               | 住所  | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地 |
|  | 傷病名<br>(災害発生日) | 〇〇〇〇<br>(災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)        |     |               |
| 現在受診している医療機関   | 所在地            | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地                      |     |               |
|  | 名称             | 〇〇大学病院                             |     |               |
|  | 療養期間           | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (診療 7日) |     |               |
| 併医する医療機関   | 所在地            | 〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地                      |     |               |
|  | 名称             | 〇〇クリニック                            |     |               |
|  | 併医日            | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                        |     |               |
| 併医する理由   |                | 通院上の理由 ・ 療養上の理由                    |     |               |
| 併医する理由を詳細に記入してください。<br>なお、療養上の理由による併医の場合は、主治医に受けた説明を被災職員が記載してください。   |                |                                    |     |               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 精密検査を受ける必要があるため</li> <li>・ 手術を受ける必要があるため</li> <li>・ リハビリを受ける必要があるため など</li> </ul> |                |                                    |     |               |
| <p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様<br/>上記のとおり併医したいので届け出ます。<br/>令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">被災職員氏名 〇〇 〇〇</p>          |                |                                    |     |               |

(注意)

- 1 合理的理由のない併医の場合、併医後の重複した療養費は補償対象外となります。
- 2 併医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
- 3 併医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
- 4 併医の状況について、基金が医療機関等に調査を行う場合があります。

様式第11号

障害等級に該当する障害が残った場合に、平均給与額算定書等を添付して提出してください。

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 〇〇—100000

|  |   |  |                     |
|--|---|--|---------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>広島県 支部長 殿<br>下記の障害補償一時金<br>(障害特別支給金)<br>(障害特別援護金)<br>(障害特別給付金)<br>を<br>請求(申請)します。 |   | 請求(申請)年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>請求(申請)者の住所<br>〇〇市〇〇町〇〇番地<br>フリガナ アキジロウ<br>氏名 安芸次郎 |                     |
| 1<br>被<br>災<br>者<br>の<br>職<br>務<br>に<br>関<br>する<br>事<br>項  | 所属団体名 〇〇市   | フリガナ アキジロウ   | 災害発生日の所属、<br>年齢等を記入 |
|  | 所属部局名 〇〇部〇〇課  | 氏名 安芸次郎  |                     |
|  | 職名 主事 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員  | 負傷又は発病の年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日<br>治癒年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日                              |                     |
| 2  | 障害の部位及びその程度 左第5指の指骨の一部を失ったもの  |  |                     |
| 3  | 既存障害とその程度 なし  |  |                     |
| 4  | 障害等級 第14級第7号  |  |                     |
| 5  | (平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ))<br>$11,371 \text{ 円} \times 56 + (\text{円} \times \text{ )} = 636,776 \text{ 円}$  |  |                     |
| 6  | 障害特別支給金 申請金額等 80,000 円 傷病特別支給金の受給の有無<br>障害特別援護金 450,000 円 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |  |                     |
| 7  | (平均給与額) (日数(ア)) (平均給与額) (日数(イ))<br>(A) $\left\{ 11,371 \text{ 円} \times 56 + (\text{円} \times \text{ )} \right\} \times \frac{20}{100} = 127,355 \text{ 円}$                         |  |                     |
|  | (日数(ア))<br>(B) $1,500,000 \text{ 円} \times \frac{56}{365} = 230,136 \text{ 円}$  |  |                     |
| 8  | 障害特別給付金申請金額 127,355 円   |  |                     |
| 9<br>送<br>金<br>希<br>望<br>口<br>座<br>等   | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する  |  |                     |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する<br>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<br>口座番号 〇〇〇〇〇〇 口座名義人 氏名(フリガナ) アキジロウ |  |                     |
|  | <input type="checkbox"/> その他  |  |                     |

1円未満は切り捨て

カタカナで記入

|                |  |            |            |
|----------------|--|------------|------------|
| * 受理 (到達した年月日) | 所属部局 年 月 日   | 任命権者 年 月 日 | 基金支部 年 月 日 |
| * 決定金額         | 一時金 法第30条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | * 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   |            |            |

[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□にレ印を記入すること。
- 「3 既存障害とその程度」の欄は、新たに既存の障害の程度を加重した場合のみ記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当する障害等級を明記すること。
- 「5 障害補償一時金請求金額」の欄の「(日数(ア))」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法第29条第4項に掲げる日数を、「(日数(イ))」には、障害等級に応ずる地方公務員災害補償法施行令第7条各号に掲げる日数を、それぞれ記入すること。
- 「6 障害特別支給金 申請金額等」の欄の「傷病特別支給金の受給の有無」は、同一の傷病に係る傷病特別支給金についての受給の有無を選択すること。
- 「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の「(日数(ア))」及び「(日数(イ))」は、3の例により記入すること。なお、令第1条に規定する職員に係るこの欄の記入については、別に定めるところによること。
- 「8 障害特別給付金申請金額」の欄には、「7 障害特別給付金申請金額の計算」の欄の(A)の金額( A)の金額が(B)の金額を超える場合には、(B)の金額を記入すること。
- 「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、送金先金融機関等の口座登録情報を記入する必要はないこと。
- 「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。
- 「請求(申請)者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

○ 治ゆ（症状固定）した際、障害等級に該当する障害が残った場合に提出してください。  
 ○ このほかにも、障害の内容によっては、レントゲン写真、カラー写真などの提出を求める場合があります。

## 残 存 障 害 診 断 書

|                                 |  |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
|---------------------------------|--|---|----------------|-----------------------|------------------------|---|------------|---|--------------|--------------------------|----|----------|----|
|                                 |  |   |                |                       |                        |   |            |   |              | 認定番号                     |    | 〇〇-〇〇〇〇〇 |    |
| 氏 名                             |  |   |                | 〇 〇 〇 〇               |                        | 生年月日                                      |            | 昭和〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)   |              |                          |    |          |    |
| 被災日                             |  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                                 |                | 治ゆ又は症状固定日             |                        | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                               |            | 治ゆ<br>症状固定  |              |                          |    |          |    |
| 入院期間                            |  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日まで              |                | (〇〇) 日間               |                        | 通院期間                                      |            | 令和〇〇年〇〇月〇〇日から<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日まで  |              | 実治療日数<br>(〇〇) 日          |    |          |    |
| 傷病名                             |  | (初診時の症状及び経過)<br><b>右上腕頸部骨折, 右膝擦過創</b>       |                |                       |                        |   |            | 既存障害  |              | (部位・程度・状況等)<br><b>なし</b> |    |          |    |
| 残 存 障 害 の 内 容                   |  |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 主訴又は<br>自覚症状                    | <b>右肩周囲の安静時痛<br/>右肩の可動域制限</b>  |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 他覚症状及び<br>検査結果                  | <b>知覚障害 (上肢), 擦過痕, 圧痛, いずれも認めず<br/>握力右15kg 左19kg 右肩の可動域制限あり</b>                                |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 種類                              | 残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容  |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 眼 球<br>の<br>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<br>等 |                       | 調節力                    | 上   | 上外         | 外   | 外下           | 下                        | 下内 | 内        | 内上 |
|                                 | 左  |   |                |                       | ( )D                   |   |            |   |              |                          |    |          |    |
|                                 | 右  |   |                |                       | ( )D                   |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 眼 球<br>運 害                      | 眼 動<br>障 害   | 1 複視の有無<br>イ 正面視にて複視を生ずる<br>ロ 左右上下視にて複視を生ずる |                |                       | 2 注の<br>視の<br>視野<br>広さ | 左 右<br>両 眼                                |            |   |              |                          |    |          |    |
| 眼 害                             | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害  |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |
| 聴 耳<br>力 介<br>障 の<br>害 欠<br>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<br>%                                | 大 声<br>話声語 | 不能・<br>接耳・<br>可能  | (cmにて)<br>可能 |                          |    |          |    |
|                                 | 右  | $\frac{a( ) + 2b( ) + 2c( ) + d( )}{6} =$   |                |                       | ( ) db                 | 最良明瞭度<br>%                                | 大 声<br>話声語 | 不能・<br>接耳・<br>可能  | (cmにて)<br>可能 |                          |    |          |    |
|                                 | ※耳鳴の有無及びその程度   |   |                |                       |                        | ※耳介の欠損程度                                  |            |   |              |                          |    |          |    |
| 鼻 障<br>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<br>機 能<br>障 害               | ※ 1 発声機能の完全喪失<br>2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ( )]<br>3 発音機能障害…発音不能語音<br>(口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音)<br>4 その他… |   |                |                       |                        | 外 歯<br>ば 牙<br>う の<br>欠 損<br>障 害<br>又<br>は |            | 醜 状 痕 の 部 位、長 さ、大 き さ、<br>醜 状 度 等<br>歯 欠 損 の 歯 列 程 度、補 っ つ の<br>方 法 等 |              |                          |    |          |    |
| そ しゃ<br>く の<br>機 能<br>障 害       | ※ 1 流動食以外は摂取できない<br>2 粥食程度なら摂取できる<br>3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつて<br>そしゃくが充分でないもの                |   |                |                       |                        |   |            |   |              |                          |    |          |    |

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によってください。

| 種類                              | 残存障害の程度及び内容                        |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
|---------------------------------|------------------------------------|------|-------|-----|------|-----|-----------|---------------|-----------------|---|-----|---|
| 精神・神経・泌尿器・胸腹部臓器の障害<br>(生殖器・泌尿器) | (障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)             |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 切断・知覚等の障害                       | (障害の程度を図示又は説明して下さい)                |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 脊柱の変形及び運動障害(奇形)                 | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎                       |      | 前屈    | 度   | 後屈   | 度   | コルセット装用   | 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       |               |                 |   |     |   |
| 短縮の下肢                           | 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 |
|                                 | 肩                                  | 屈曲   | 180度  | 75度 | 180度 | 80度 |           |               | 度               | 度 | 度   | 度 |
|                                 | 肩                                  | 伸展   | 45    | 30  | 50   | 30  |           |               |                 |   |     |   |
|                                 | 肩                                  | 外転   | 180   | 70  | 180  | 75  |           |               |                 |   |     |   |
|                                 | 肩                                  | 内転   | 0     | 0   | 0    | 0   |           |               |                 |   |     |   |
|                                 | 肩                                  | 外旋   | 55    | -15 | 60   | -10 |           |               |                 |   |     |   |
|                                 | 肩                                  | 内旋   | 90    | 75  | 90   | 80  |           |               |                 |   |     |   |
| 備考                              |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 予後の見                            | (機能回復の見込み、その他参考所見)<br>ほとんど回復の見込みなし |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 上記のとおり診断いたします。                  |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 所在地 ○○市○○町○○番地                  |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 名称 ○○病院                         |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 令和○○年○○月○○日                     |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| 医師氏名 ○○科医師 ○ ○ ○ ○              |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |
| (※ 自署又は記名押印)                    |                                    |      |       |     |      |     |           |               |                 |   |     |   |

機能障害の場合、①他動運動の測定値は必ず記入してください。②健側(負傷していない側)についても必ず記入してください。

記入上のご注意

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

- 治ゆ（症状固定）した場合には、速やかに提出してください。認定請求時に既に治ゆ（症状固定）している場合は認定請求書に添付してください。
- 傷病名が複数ある場合には、すべての傷病が治ゆ（症状固定）した時に提出してください。
- この報告書の提出に当たり、医師の証明を受ける必要はありません。

認定番号 ○○-○○○○○

## 治ゆ（症状固定）報告書

令和○○年○○月○○日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所属団体部局 ○○市○○課

被災職員氏名 ○ ○ ○ ○

下記の傷病については治ゆ（症状固定）しましたので報告します。

|   |                      |
|---|----------------------|
| 災 害 発 生 年 月 日   | 令和○○年○○月○○日          |
| 認 定 傷 病 名   | ○○○○                 |
| 治 ゆ（ 症 状 固 定 ） 年 月 日<br>(※通常最終通院日と同じ日になります。)  | 令和○○年○○月○○日          |
| 最 終 通 院 日   | 令和○○年○○月○○日          |
| 最後に診療を受けた医療機関名  | ○○病院                 |
| 障害がある場合の障害の程度   | 右示指の末関節を自分の力では動かせない。 |
| <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>令和○○年○○月○○日</p> <p style="text-align: right;">○○市○○課長</p> <p style="text-align: center;">所属部局の長の職氏名 ○ ○ ○ ○</p> |                      |

(注意)

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

傷病補償年金の支給決定審査のため、傷病の開始後1年6か月を経過して治ゆ（症状固定）していない場合には、療養状況について報告を求めます。

様式第38号

| 療養の現状等に関する報告書          |  | 認<br>定<br>番<br>号 | 〇〇-〇〇〇〇 |
|------------------------|--|------------------|---------|
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長 様    |  |                  |         |
| 療養の現状等について下記のとおり報告します。 |  |                  |         |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日            |  |                  |         |
| 報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地      |  |                  |         |
| ふりがな ひろしまたろう           |  |                  |         |
| 氏 名 広 島 太 郎            |  |                  |         |
| 所属団体名・所属部局名 〇〇市〇〇課     |  |                  |         |
| 1 負傷又は発病の年月日           | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |                  |         |
| 2 療養開始の年月日             | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  |                  |         |
| 3 傷 病 名                | 〇〇〇〇   |                  |         |
| 4 療 養 の 経 過            | 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までの間、〇〇病院へ入院<br>退院後、同病院へ週3回程度の通院加療を受け、令和〇年〇月からは復職<br>し、職場近くの〇〇医院へ転医し、週1回の通院加療を続けている。 |                  |         |
| 5 日 常 生 活 の 概 要        | 日常生活に必要な動作は、すべて独力でできるので、大きな支障はない。<br>ラジオ体操、散歩等により、右下肢の運動障害の回復に努めている。                                   |                  |         |

[注意事項]

- 1 報告者は、\*印の欄には記入しないこと。
- 2 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

\*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

右下肢の運動障害に対する投薬及びマッサージ療法を行っている。

(3) 傷病の現状

左下肢のひざ関節に軽度の運動障害がある。

(4) 傷病の今後の見込み

徐々に回復する見込みあり

(報告者の氏名)

広島太郎 については、上記のとおりであると認めます。

令和○○年○○月○○日

医療機関の { 所在地 ○○市○○町○○番地  
                  { 名称 ○○病院  
                  { 医師の氏名 ○ ○ ○ ○

(※ 自署又は記名押印)

障害の現状報告書（傷病補償年金）

|  |             |               |            |              |
|--|-------------|---------------|------------|--------------|
|  | 認定<br>番号    | 〇〇 - 〇〇〇      |            |              |
| 地方公務員災害補償基金 広 島 県 支部長 様<br>障害の現状について下記のとおり報告します。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>フリガナ ヒロシマ タロウ<br>氏 名 広 島 太 郎 |             |               |            |              |
| 1 年金証書の番号  | 第 〇〇〇〇 号    |               |            |              |
| 2 傷病補償年金の支給開始年月  | 令和 〇 年 〇 月  |               |            |              |
| 3 傷 病 等 級  | 第 1 級 第 3 号 |               |            |              |
| 4 障害の状況 重度の神経系統の機能又は精神の障害のため、常に介護を要している。   |             |               |            |              |
| 5 日常生活の概要 寝たきりの状態で、食事、用便等の日常生活の全部について世話を受けている。   |             |               |            |              |
| 6 他法年金の受給関係 支給なし   |             |               |            |              |
| 年金の種類  | 年金の年額       | 年金証書の<br>記号番号 | 支給開始<br>年月 | 所轄年金<br>事務所等 |
|  |             |               |            |              |
|  |             |               |            |              |
| * <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)  |             |               |            |              |

〔注意事項〕

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

|   |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
|---|---|--------|--|--------|-------|---|--------|-------|---|--------|--------|--|--------|--------|---|--------|
| * 7 医 師 の 証 明   |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| (1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)<br><b>頭部外傷</b><br><b>脳挫傷</b>   |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| (2) 傷病の経過及び治療方法の概要<br><b>受傷以後寝たきりの入院を続けている。</b><br><b>投薬療法を行っている。</b>   |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| (3) 傷病及び障害の現状<br><b>寝たきり状態であり、常時介護が必要である。</b>   |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。<br/>           (日常生活の状態)           <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; vertical-align: top;">① 行動能力</td> <td style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> 終日臥床<br/> <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br/> <input type="checkbox"/> 通院 (単独歩行) できる             </td> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: middle;">[ 理由 ]</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">② 食 事</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br/> <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br/> <input type="checkbox"/> 支障がない             </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">[ 理由 ]</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">③ 用 便</td> <td> <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない<br/> <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br/> <input type="checkbox"/> 支障がない             </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">[ 理由 ]</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">④ 精神能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する<br/> <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br/> <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない             </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">[ 理由 ]</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">⑤ 言語能力</td> <td> <input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失<br/> <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<br/> <input type="checkbox"/> 支障がない             </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">[ 理由 ]</td> </tr> </table> </div> |   | ① 行動能力 | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 支障がない | [ 理由 ] |
| ① 行動能力  | <input type="checkbox"/> 終日臥床<br><input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる<br><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<br><input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 支障がない | [ 理由 ] |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| (4) 傷病及び障害の今後の見込み<br><b>今後長期間の治療を要するが、回復の程度は少ないものと見込まれる。</b>  |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |
| <div style="text-align: center;">           (報告者の氏名)<br/> <b>広 島 太 郎</b> </div> <p style="text-align: center;">----- については上記のとおりであると認めます。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>令和〇〇年〇〇月〇〇日</b><br/>           医療機関の { 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地<br/>                             { 名 称 〇〇病院<br/>                             { 医師の氏名 福 山 二 郎         </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(※ 自署又は記名押印)</p>  |   |        |  |        |       |   |        |       |   |        |        |  |        |        |   |        |

障害の現状報告書（障害補償年金）

|   |                                     |             |               |            |              |
|---|-------------------------------------|-------------|---------------|------------|--------------|
|   |                                     | 認定<br>番号    | 〇〇 - 〇〇〇      |            |              |
| 地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 様<br>障害の現状について下記のとおり報告します。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>-----<br>フリガナ ヒロシマ ジロウ<br>氏 名 広島 二郎 |                                     |             |               |            |              |
| 1   | 年金証書の番号                             | 第 〇〇〇〇 号    |               |            |              |
| 2   | 治 ゆ 年 月 日                           | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 |               |            |              |
| 3   | 障 害 等 級                             | 第 5 級 第 6 号 |               |            |              |
| 4   | 障害の状況<br>左上肢が、肩関節以下完全強直し、用を全廃している。  |             |               |            |              |
| 5   | 日常生活の概要<br>日常生活の諸動作は、すべて右手のみで行っている。 |             |               |            |              |
| 6   | 他法年金の受給関係 支給なし                      |             |               |            |              |
|   | 年金の種類                               | 年金の年額       | 年金証書の<br>記号番号 | 支給開始<br>年月 | 所轄年金<br>事務所等 |
|   |                                     |             |               |            |              |
|   |                                     |             |               |            |              |
| * <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)   |                                     |             |               |            |              |

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、障害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。
- 6 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。

遺族の現状報告書

認定  
番号 ○○-○○○

地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 様

遺族の現状について下記のとおり報告します。

令和○○年○○月○○日

報告者(代表者)の  
年金証書の番号 第○○○号

報告者の住所 ○○市○○町○○番地

ふりがな ひろしま はなこ  
氏 名 広島花子

1 死亡職員の氏名 広島四郎 (死亡年月日 令和○○年○○月○○日)

2 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けられる遺族

| 氏名   | 生年月日    | 住所         | 死亡職員との続柄 | 障害の有無           |
|------|---------|------------|----------|-----------------|
| 広島花子 | S46.4.1 | ○○市○○町○○番地 | 妻        | 有・ <del>無</del> |
| 〃 太郎 | H 3.4.1 | 同上         | 長男       | 有・ <del>無</del> |
| 〃 次郎 | H 7.4.1 | 同上         | 二男       | 有・ <del>無</del> |
|      |         |            |          | 有・無             |
|      |         |            |          | 有・無             |
|      |         |            |          | 有・無             |

3 他法年金の受給関係 支給なし

| 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 |
|-------|-------|-----------|--------|----------|
|       |       |           |        |          |
|       |       |           |        |          |

\*  支給  支給停止 [  免責  特例遺族  遺族補償年金前払一時金  所在不明 ]

[注意事項] 裏面参照。

奨学援護金の支給に係る現状報告書

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | 認定番号  | 〇〇 - 〇〇〇  |   |
| 地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 様<br>下記のとおり奨学援護金の支給に係る現状を報告します。<br><br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br><br>氏 名 広島花子  |   |   |   |
| 1 報告者の受けている年金たる補償の種類<br><input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族補償年金   |   | 2 年金証書の番号<br>第 〇〇〇〇〇〇〇 号  |   |
| 3<br>在<br>学<br>者<br>等<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>項  | 氏 名   | 広島太郎  |   |
|  | 生 年 月 日   | 令和〇年〇月〇日生   | 年 月 日生  |
|  | 住 所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |   |
|  | 報告者との続柄   | 第1子   |   |
|  | 学校等の名称  | 〇〇市立〇〇小学校   |   |
|  | 学校等の所在地   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |   |
|  | 入 学 等 年 月   | 令和〇年〇月  | 年 月   |
|  | 学 年   | 第 2 学年  | 第 学年  |
|  | 卒業等予定年月   | 令和〇年〇月  | 年 月   |
|  | 報告者との生計同一関係の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |
| 支給事由消滅年月   | 年 月   | 年 月   | 年 月   |
| 支給事由が消滅した理由  | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ] | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ] | <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 退学<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ] |
| 4 特記事項   |   |   |   |
| 5 添付書類<br><input type="checkbox"/> 在学証明書等（小学校、中学校、義務教育学校、中等教育学校の前期課程並びに特別支援学校の小学部及び中学部の在学者を除く。）<br><input type="checkbox"/> 専修学校の在学者にあつては、修業年限を証明することができる書類、公共職業能力開発施設又は職業能力開発総合大学の在学者にあつては、訓練課程の種類及び訓練期間を証明することができる書類、公共職業能力開発施設に準ずる施設において教育訓練等を受ける者にあつては、当該教育訓練等の内容を証明することができる書類（ただし、これらの書類が在学証明書等と兼ねることができる場合は、この限りでない。）<br><input checked="" type="checkbox"/> 報告者と在学者等が生計を同じくしていることを認めることのできる書類 |   |   |   |

〔注意事項〕裏面参照。

就労保育援護金の支給に係る現状報告書

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
|  |   | 認定番号  | 〇〇 - 〇〇〇  |   |
| 地方公務員災害補償基金 広島県 支部長 様<br>下記のとおり就労保育援護金の支給に係る現状を報告します。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>報告者の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>氏 名 広島花子                              |   |   |   |   |
| 1 報告者の受けている年金たる補償の種類<br><input type="checkbox"/> 傷病補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族補償年金 |   |   | 2 年金証書の番号<br>第 〇〇〇〇〇〇〇〇 号   |   |
| 3 就労する<br>労働者事<br>項に項<br>て関  | 氏 名   | 広島花子  | 生 年 月 日   | S 46 年 4 月 1 日生                                       |
|  | 住 所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  | 報告者との続柄   | 本人  |
|  | 就労している会社<br>等の名称・所在地  | 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇製菓(株)  |   |   |
| 4 保<br>育<br>児<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>項  | 氏 名   | 広島次郎  | 生 年 月 日   | 年 月 日生  |
|  | 生 年 月 日   | 令和〇年 〇月 〇日生<br>( 6 歳)   | 年 月 日生<br>( 歳)  | 年 月 日生<br>( 歳)  |
|  | 住 所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |   |   |
|  | 報告者との続柄   | 第2子   |   |   |
|  | 保育所等の名称   | 〇〇市〇〇保育園  |   |   |
|  | 保育所等の所在地  | 〇〇市〇〇町〇〇番地  |   |   |
|  | 小学校入学予定年月   | 令和 〇 年 〇 月  | 年 月   | 年 月   |
|  | 報告者との生計<br>同一関係の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|  | 就労している者との<br>生計同一関係の有無  | <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
|  | 支給事由消滅年月  | 年 月   | 年 月   | 年 月   |
| 支給事由が<br>消滅した理由  | <input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等<br><input type="checkbox"/> 不就労<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ]   | <input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等<br><input type="checkbox"/> 不就労<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ] | <input type="checkbox"/> 卒園等 <input type="checkbox"/> 退園等<br><input type="checkbox"/> 不就労<br><input type="checkbox"/> その他<br>[ 内容 ] |   |
| 5 特 記 事 項  |   |   |   |   |
| 6 添 付 書 類  | <input checked="" type="checkbox"/> 就労していることを証明する書類<br><input checked="" type="checkbox"/> 保育所等に預け、又は預けられていることを証明する書類<br><input checked="" type="checkbox"/> 生計を同じくしていることを認めることのできる書類 |   |   |   |

[注意事項] 裏面参照。

- 第三者加害事案については、必ず認定請求書に添付してください。
- 自動車事故の場合は、交通事故証明書の内容と十分に照合してください。
- (第三者の) 自賠責保険、任意保険、(被災職員の) 人身傷害補償保険の内容については、保険証書、車検証と十分に照合してください。

| 第三者加害報告書  |                  | (公務災害・通勤災害)<br>(交通事故・交通事故以外) |
|---|------------------|------------------------------|
| 地方公務員災害補償基金 広島県支部長 様  |                  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日                  |
| 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 〇〇市〇〇町〇〇番地  |                  |                              |
| 氏名 〇 〇 〇 〇  |                  |                              |
| 1 被災職員について記載してください。   |                  |                              |
| 所属 〇〇市〇〇部〇〇課  | 氏名 〇 〇 〇 〇       | 生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生            |
| 2 災害発生状況について記載してください。   |                  |                              |
| 日時 令和〇〇年〇〇月〇〇日 午前・午後 〇時 〇〇分ごろ   |                  |                              |
| 場所 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇銀行先路上   |                  |                              |
| 災害発生状況(被災職員・加害者の行動、災害発生の原因と周囲の状況をできるだけ詳しく記入してください。なお、現場見取図を添付してください。)                 |                  |                              |
| (概要) 〇〇銀行前交差点で赤信号のため一時停止していたところ、加害者△△△△が運転する乗用車に後方から追突された。                            |                  |                              |
| 事故の原因は、加害者のわき見運転による前方不注意であり、加害者もこれを認めている。   |                  |                              |
| なお、加害車両は、加害者の勤務先の社用車で、事故は加害者が用務先に向かう途中に起きたものである。                                      |                  |                              |
| 災害を目撃した人がいる場合には記載してください。  |                  |                              |
| 目撃者の氏名 〇 〇 〇 〇  | 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地    |                              |
| 目撃時の状況 目撃者は交差点の歩行者用信号を渡っており、衝突の様子を被害車両の前方から目撃していた。                                    |                  |                              |
| 3 第三者(加害者)(加害者不明の場合にはその旨を記入してください。交通事故の場合は運転者。)について記載してください。                          |                  |                              |
| 氏名 △ △ △ △ (〇〇歳)  |                  |                              |
| 住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地   | 電話               | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                |
| 職業(勤務先) (株) □□商事 □□支店   | 電話               | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇                |
| 4 第三者(加害者が業務中であつた場合は所属する事業所、未成年者の場合は親権者、精神病患者の場合は監督義務者を記載してください。)又は運行供用者について記載してください。 |                  |                              |
| 名称又は氏名 (株) □□商事 □□支店  | 電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |                              |
| 住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地   |                  |                              |
| 事業の内容又は職業 衣料品の卸売販売  |                  |                              |
| 代表者(役職) 〇〇〇〇  | (氏名)             | 〇〇市〇〇町〇〇番地                   |

5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記載してください。

〇〇 警察署 △△駅前係(交番)

6 交通事故の場合、加害車両の自動車損害賠償責任保険(共済)について記載してください。

加害車両(車種) マツダ デミオ (登録番号) 広島〇〇〇 あ 〇〇〇〇

自賠責保険証明書番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇

保険契約者(氏名) (株) □□商事 (住所) (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地

第三者(加害者)と保険契約者との関係……事業主・親族( )・友人・知人・その他(勤務会社)

保険契約期間……自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇  
担当者名 △△

保険会社住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇ビル〇階

7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記載してください。

自動車保険証券番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇 対人賠償限度額 無制限・制限有( )万円

保険契約者(氏名) □□□□

第三者(加害者)と保険契約者との関係……事業主・親族( )・友人・知人・その他( )

保険契約期間……自 令和〇〇年〇〇月〇〇日 至 令和〇〇年〇〇月〇〇日

保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇  
担当者名 △△

保険会社住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇ビル〇階

8 保険金の請求等について記載してください。

保険金(損害賠償額)請求の有無……有・無

有の場合の請求方法……イ 自賠責保険(共済) 単独  
 自賠責保険(共済)と任意保険との一括払

保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日

氏名  
金額 円  
受領年月日 年 月 日

保険契約者(氏名) □□□□

保険会社名 〇〇火災海上保険(株) 電話 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇  
担当者名 △△

保険会社住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇ビル〇階

9 あなた(被災職員)の人身傷害補償保険について記載してください。

人身傷害補償保険に……加入している・加入していない

自動車保険証券番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇

人身傷害補償保険金の請求の有無 無・有

人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日

円 令和 年 月 日

保険契約者(氏名) □□□□

保険会社名 〇〇〇〇〇〇保険(株) 電話 〇〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇  
担当者名 △△

保険会社住所 (〒〇〇〇-〇〇〇〇) 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇ビル〇階

第三者の保険証書、車検証により確認してください。

通常、任意保険会社が自賠責分を含めて保険金を払う「一括払」になりますが、被災職員の過失が大きい場合などは「一括払」をしてもらえないことがあります。第三者の任意保険会社に確認してください。

被災職員加入の自動車保険証書により人身傷害補償保険に加入しているかどうかを被災職員の保険証書により確認してください。また、人身傷害補償保険に請求する場合は、当該保険会社に必ず、公務災害であることや基金から補償を受ける場合はその内容を情報提供してください。

10 身体損傷について記載してください。

|        |                    |          |
|--------|--------------------|----------|
| 区 分    | 被災職員               | 第三者(加害者) |
| 部位・傷病名 | 〇〇骨折 頸椎捻挫          | なし       |
| 程 度    | 〇〇日から約〇日の療養を要する見込み |          |
| 診療機関名  | 〇〇病院               |          |
| 診療機関住所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地         |          |

11 損害賠償の受領額について記載してください。

現在までに事故に関して基金以外の者から金品を……受領した・受領の予定・受領していない

上の質問で、受領したあるいは受領の予定と答えた場合には、いつ、だれから、何を、いくらもらったかを記入してください。(基金の補償額の算定に重要です。また、故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがありますので注意してください。)

| 受領年月日  | 金額又は品名        | 支払者  | 名 目  | 受領年月日 | 金額又は品名 | 支払者 | 名 目 |
|--------|---------------|------|------|-------|--------|-----|-----|
| 〇年〇月〇日 | 菓子折り<br>3千円程度 | △△△△ | お見舞い |       |        |     |     |
|        |               |      |      |       |        |     |     |
|        |               |      |      |       |        |     |     |

12 第三者との話し合いの状況について記載してください。

現在相手方(加害者)と……示談する段階ではない・示談中・示談をする予定・示談が成立した・示談はしない  
その他( )

上記の状況等を記載してください。

相手方保険会社は当方の過失はないことを認めており、治療費は全額保険会社から支払われている。現在治療中であるので、治ゆ後、正式に示談を行う予定である。

13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記載してください。

被災職員 ( 0 ) % 第三者(加害者) ( 100 ) %

その理由

信号で停車中に加害車両が後方から追突したものであり、当方の過失はないため

交通事故の場合には、できれば「別冊判例タイムズ NO38」等を参考に記入してください。

14 治療に係る地方公務員災害補償基金(基金)への補償請求の有無について記載してください。

治療費を基金へ請求しますか。(イ～ハを選択してください。)

…… 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。)

ロ 一応基金へ請求しない(第三者が支払った残りを請求する。)

ハ 基金へ請求する

上記請求方法を選択した理由を具体的に記載してください。

相手方が100%過失を認め、治療費等は相手方の保険会社から全額支払われる予定のため

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所 属 〇〇市〇〇部〇〇課  
職・氏名 課長 〇〇 〇〇

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

交通事故の場合には、第三者加害報告書にこの報告書を添付して提出してください。

### 事故発生状況報告書

第三者の車両について記入してください。

|                               |  |  |  |                                  |  |
|-------------------------------|--|--|--|----------------------------------|--|
| 保険証明書<br>番 号                  | 第〇〇〇〇-〇〇〇〇号  | 当<br>事<br>者  | 甲<br>(加害運転者)   | 氏名 △ △ △ △<br>(電話) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |
| 自動車の番号                        | 広島〇〇〇 あ 〇〇〇〇   |  | 乙<br>(被 害 者)   | 氏名 〇 〇 〇 〇<br>(電話) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |  |
| 天 候                           | <input checked="" type="checkbox"/> 晴・曇・雨・雪・霧                                    | 交 通 状 況  | 混雑・ <input checked="" type="checkbox"/> 普通・閑散                                | 明 暗                              | <input checked="" type="checkbox"/> 昼間・夜間・明け方・夕方 |
| 道 路 状 況                       | 舗 装 { <input checked="" type="checkbox"/> してある<br><input type="checkbox"/> していない | 歩道 ( 岡・片 ) { <input checked="" type="checkbox"/> あ る<br><input type="checkbox"/> な い | 直線・カーブ   |                                  | <input type="checkbox"/> 平坦・坂                    |
|                               | 見 通 し { <input checked="" type="checkbox"/> 良 い<br><input type="checkbox"/> 悪 い  |  | 積 雪・凍 結  |                                  |  |
| 信号又は標識                        | 信 号 { <input checked="" type="checkbox"/> あ る<br><input type="checkbox"/> な い    | 駐停車禁止  | <input type="checkbox"/> されている<br><input checked="" type="checkbox"/> されていない | その他標識                            |  |
| 速 度                           | 甲車両 20 km/h (制限速度 50 km/h)、乙車両 0 km/h (制限速度 50 km/h)                             |  |  |                                  |  |
| 事故現場における自動車と被害者との状況を图示してください。 | 事故発生状況略図 (道路幅をmで記入してください。)   |  |  |                                  |  |
|                               |  |  |  |                                  |  |
| 上記図の説明                        | 〇〇銀行角の交差点で赤信号のため一時停止していたところ、加害者△△△△が   |  |  |                                  |  |
|                               | 運転する乗用車に後方から追突された。   |  |  |                                  |  |
|                               | 事故の原因は、加害者のわき見運転による前方不注意であり、加害者もこれを認   |  |  |                                  |  |
| めている。                         |  |  |  |                                  |  |

過失割合に影響があるので、正しく記入してください。(できれば写真を添付)

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおり報告します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

報告者 甲との関係 ( )  
乙との関係 ( 上司 ) 〇〇 〇〇

第三者加害事案の場合には、第三者加害報告書にこの書類を添付して提出してください。  
また、内容をよく理解の上、提出してください。

念 書 (兼 同 意 書)

|         |            |        |                    |
|---------|------------|--------|--------------------|
| 災害発生年月日 | 令和〇〇年〇〇月〇〇 | 災害発生場所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇銀行先路上 |
| 被災職員氏名  | 〇〇〇〇       | 相手方氏名  | △△△△               |

- 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。
  - 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。
  - 相手方に白紙委任状を渡しません。
  - 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。
- 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。
- 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。
- 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - 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。
  - この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金  
広島県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地 \_\_\_\_\_

氏 名 〇〇 〇〇 \_\_\_\_\_

（※ 自署又は記名押印）

示談案を基金に相談してください。

損害賠償受領報告書を提出してください。

被災職員（又はその遺族）が記入します。

補償先行を希望する場合には、第三者加害報告書にこの申出書を添付して提出してください。

## 補償先行申出書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所 属 〇〇市〇〇課

(被災職員等) 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 〇〇 〇〇

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

|        |                       |        |      |
|--------|-----------------------|--------|------|
| 災害発生日  | 令和〇〇年〇〇月〇〇日           | 被災職員氏名 | 〇〇〇〇 |
| 災害発生場所 | 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>〇〇商店先路上 | 加害者等氏名 | △△△△ |

|         |   |
|---------|---|
| 補償先行の理由 | <input type="checkbox"/> 加害者等に賠償能力がないため<br><input type="checkbox"/> 加害者等が特定できない、又は所在不明であるため<br><input type="checkbox"/> 同僚職員の職務行為によって当該災害が発生したため<br><input type="checkbox"/> 被災職員に過失があり、かつ、治療費が自賠責の範囲を超えるため（自動車事故の場合）<br><input checked="" type="checkbox"/> その他〔相手方が過失を認めておらず、示談交渉に応じないため〕 |
|         | 上記理由に係る詳細な事情<br><b>相手方は任意保険の使用を拒んでおり、また、治療費も自賠責の範囲を超える見込みである。</b>   |

|                  |                              |                                    |
|------------------|------------------------------|------------------------------------|
| 参<br>考<br>事<br>項 | 自賠責保険、任意保険からの給付の状況（自動車事故の場合） | なし                                 |
|                  | これまでの治療費の負担者及びその負担した金額       | 治療費については、〇〇病院に支払を待ってもらっており、支払額はない。 |
|                  | その他参考事項                      |                                    |

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

所属長 職氏名 〇〇市〇〇部〇〇課長 〇〇 〇〇

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

補償先行を希望する場合には、第三者加害報告書にこの書類を添付して提出してください。第三者が確約書の提出に応じない場合には、「確約書不提出の理由書」を提出してください。

## 確 約 書

令和〇年 〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

(確約者) 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏名 △ △ △ △

(当事者 (乙) との関係 本人)

(※ 自署又は記名押印)

実際に損害賠償金を支払う者に記入してもらってください。交通事故の場合には、保険会社ではなく、相手方やその使用者等になります。

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

記

|         |   |   |            |
|---------|---|---|------------|
| 当事者     | 甲 | 住所  | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
|         |   | 氏名  | 〇 〇 〇 〇    |
|         | 乙 | 住所  | 〇〇市〇〇町〇〇番地 |
|         |   | 氏名  | △ △ △ △    |
| 事故発生日時  |   | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |            |
| 事故発生場所  |   | 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇銀行先路上  |            |
| 事故発生の状況 |   | 〇〇銀行角の交差点で前方の赤信号のため一時停止していた〇〇〇〇が運転する車両に、△△△△が運転する乗用車が後方から追突したもの |            |

補償先行を希望する場合で、第三者が「確約書」の提出に応じないときには、第三者加害報告書にこの理由書を添付して提出してください。

### 確約書不提出の理由書

|   |         |   |             |            |
|---|---------|---|-------------|------------|
| 被災職員  | 氏名      | 〇〇〇〇  | 所属          | 〇〇市〇〇部〇〇課  |
| 加害者   | 氏名      | △△△△ (〇〇歳)  | 職業<br>(勤務先) | (株) □□建設社員 |
|   | 住所      | 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇                                   |             |            |
| その他の賠償義務者   | 氏名      | □□□□ (〇〇歳)  | 職業<br>(勤務先) | (株) □□建設社長 |
|   | 住所      | 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇                                   |             |            |
|   | 加害者との関係 | 親権者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 使用者 ・ 車両保有者 ・ その他 ( ) |             |            |
|   | 氏名      | ( ) 歳   | 職業<br>(勤務先) |            |
|   | 住所      | 電話 ( ) -  |             |            |
|   | 加害者との関係 | 親権者 ・ 使用者 ・ 車両保有者 ・ その他 ( )                                     |             |            |
| 【上記の者のいずれからも確約書を取れない理由】   |         |   |             |            |
| <p style="text-align: center;"><b>相手方が過失を認めておらず、示談交渉に応じないため</b></p>   |         |   |             |            |
| <p>上記のとおり確約書を入手できませんので、「交渉経過報告書」を添えて申し立てます。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p style="text-align: right;">被災職員等..... 〇〇 〇〇 .....</p> |         |   |             |            |
| <p>以上の記載内容は、事実と相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: right;">所属長職・氏名..... 〇〇市〇〇部〇〇課長 〇〇 〇〇 .....</p>                              |         |   |             |            |

(注) 添付書類： 「交渉経過報告書」を添付すること。

補償先行を希望する場合には、第三者加害報告書にこの申出書を添付して提出してください。

## 交渉経過報告書

|   |                      |  |  |             |            |
|---|----------------------|--|--|-------------|------------|
| 当事者   | 被災職員                 | 氏名   | 〇〇〇〇   | 所属          | 〇〇市〇〇部〇〇課  |
|   | 加害者                  | 氏名   | △△△△   | 職業<br>(勤務先) | (株) □□建設   |
|   |                      | 住所   | 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話 (〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇  |             |            |
| 事故(災害)発生日時  |                      | 令和〇〇年〇〇月〇〇日(〇) 〇時 〇〇分ごろ  |  |             |            |
| 加害者等との交渉経過  | 年月日                  | 交渉の相手方   | 交渉内容   |             | 交渉した者(職員側) |
|   | 〇年〇月〇日               | 加害者本人  | 加害者に示談交渉の窓口を確認し、加害者の任意保険会社である△△保険会社サービスセンター□□とすることとなった。  |             | 被災職員本人     |
|   | 〇年〇月〇日               | △△保険株式会社△△サービスセンター□□   | △△保険会社△△サービスセンター□□氏に電話をし、次の事項について協議確認した。<br>① 今回の災害は公務災害の認定を受けること。<br>② 今回の災害について、当方の過失はない旨主張したが、加害者も過失がない旨を主張しているとのこと。<br>③ 双方の過失割合の隔たりが大きいので、一度、現場確認を行った上で再度協議することとなった。          |             | 被災職員本人     |
|   | 〇年〇月〇日               | 加害者本人及び△△保険株式会社△△サービスセンター□□  | 加害者及び加害者任意保険会社と現場確認を行い、過失割合について協議した。<br>(加害者側主張)<br>加害者は、交差点の青矢印により右折したが、当方が赤信号で交差点内に入ったことため衝突したのであり、加害者側に過失はない。<br>(当方の主張)<br>当方は交差点内には青信号で入り、相手方が災害は無理に右折したために衝突したのであり、当方に過失はない。 |             | 被災職員本人     |
|   | 〇年〇月〇日               | △△保険株式会社△△サービスセンター□□   | △△保険会社△△サービスセンター□□氏に電話をし、過失割合について協議したが、加害者が主張を変えないため、進展なし  |             | 被災職員本人     |
| 〇年〇月〇日  | △△保険株式会社△△サービスセンター□□ | △△保険会社△△サービスセンター□□氏に電話をし、過失割合について協議したが、進展なし<br>病院側から支払を催促されているため、基金に補償先行を申出することを伝える。 |  | 被災職員本人      |            |
| <p>上記のとおり、交渉の経過について報告します。</p> <p style="text-align: right;">令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p style="text-align: center;">被災職員等 〇 〇 〇 〇</p> <p style="text-align: center;">所属長職・氏名 〇〇市〇〇部〇〇課長 〇〇 〇〇</p> |                      |  |  |             |            |

補償先行を希望する場合には、第三者加害報告書にこの申出書を添付して提出してください。

## 損害賠償義務者に関する調書

|   |         |   |  |           |
|---|---------|---|--|-----------|
| 被災職員  | 氏名      | ○○○○  | 所属   | ○○市○○部○○課 |
| 加害者   | 氏名      | △△△△ ( △ 歳)   | 職業 (勤務先)   | 無職        |
|   | 住所      | ○○市○○町○○番地 電話 (○○○) ○○○○-○○○○                                       |  |           |
|   | 責任能力の有無 | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無 → (無の場合の理由: )             |  |           |
|   | 応償能力    | 収入状況  | 年収 約 0 万円 収入の種類: 給与 ・ 年金 ・ その他 ( )                                       |           |
| 処分可能な資産の状況  |         | 加害者は無職で、両親・兄1人と生活しており、求償可能な収入、資産ともになし                               |  |           |
| その他の賠償義務者①  | 氏名      | □□□□ ( □ 歳)   | 職業 (勤務先)   | (株) □□産業  |
|   | 住所      | ○○市○○町○○番地 電話 (○○○) ○○○○-○○○○                                       |  |           |
|   | 加害者との関係 | 親権者 ・ 使用者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 車両所有者 ・ その他 ( )     |  |           |
|   | 応償能力    | 収入状況  | 年収 約 800 万円 収入の種類: <input checked="" type="checkbox"/> 給与 ・ 年金 ・ その他 ( ) |           |
| 処分可能な資産の状況  |         | 父親は50代後半のサラリーマン(株)△△勤務)であり、上記の年収程度が見込まれる。また、資産はマンションがあるがそのほかは不明である。 |  |           |
| その他の賠償義務者②  | 氏名      | ( ) 歳   | 職業 (勤務先)   |           |
|   | 住所      | 電話 ( ) -  |  |           |
|   | 加害者との関係 | 親権者 ・ 使用者 ・ 車両所有者 ・ その他 ( )   |  |           |
|   | 応償能力    | 収入状況  | 年収 約 万円 収入の種類: 給与 ・ 年金 ・ その他 ( )   |           |
| 処分可能な資産の状況  |         |   |  |           |
| <p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: right;">令和○○年○○月○○日</p> <p>地方公務員災害補償基金広島県支部長 様</p> <p style="text-align: center;">被災職員等 ○ ○ ○ ○</p> <p style="text-align: center;">所属長職・氏名 ○○市○○部○○課長 ○○ ○○</p> |         |   |  |           |

- 第三者から損害賠償を受けた時や第三者と示談締結した時に提出してください。
- 示談書又は免責証書の写しを添付してください。

## 損害賠償の受領報告書

|                               |  |             |  |
|-------------------------------|--|-------------|--|
| 認定番号                          |  | 〇〇-〇〇〇〇〇〇   |  |
| 令和〇〇年〇〇月〇〇日                   |  |             |  |
| 地方公務員災害補償基金広島県支部長 様           |  |             |  |
| (賠償金受領者)                      |  |             |  |
| 氏名 〇〇 〇〇                      |  |             |  |
| 次のとおり損害賠償を受領(示談を締結)したので報告します。 |  |             |  |
| 被災職員氏名                        | 〇〇〇〇   | 所属          | 〇〇市〇〇部〇〇課                                      |
| t 災害発生日                       | 令和〇〇年〇〇月〇〇日  | 加害者氏名       | △△△△   |
| 治療等の状況                        | ① 治ゆ(令和〇〇年〇〇月〇〇日)<br>② 死亡(令和 年 月 日)<br>③ 治療継続中   |             |  |
| 後遺障害の有無                       | ① 後遺障害なし<br>② 後遺障害あり(障害等級 第 級 第 号該当)   |             |  |
| 受領した損害賠償                      | 区 分  | 金 額         | 備 考  |
|                               | 治 療 費  | 1,600,000 円 | ←第三者(保険会社)から直接医療機関に支払われた金額も含めること<br><br>(特記事項) |
|                               | 通 院 交 通 費  | 3,000 円     |  |
|                               | 休 業 損 害  | 165,000 円   |  |
|                               | 後遺障害の逸失利益  | 円           |  |
|                               | 死亡の逸失利益  | 円           |  |
|                               | 葬 祭 費 用  | 円           |  |
|                               | 慰 謝 料  | 242,000 円   |  |
|                               | 物 件 損 害  | 21,600 円    |  |
|                               | その他( )   | 円           |  |
| 総 額                           | 2,031,600 円  |             |  |
| 受領年月日                         | 令和〇〇年〇〇月〇〇日(令和〇〇年〇〇月〇〇日示談締結)   |             |  |
| 賠償者(氏名・名称)                    | 〇〇保険会社 〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇ビル〇階   |             |  |
| 受領の区分                         | ① 第三者(加害者)本人からの支払い<br>② 第三者(加害者)の任意保険からの支払い<br>③ 自賠責(強制)保険への被害者請求による支払い<br>④ その他 ..... |             |  |

被災職員(又はその遺族)になります。

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

第三者等（相手方、相手方保険会社等）との交渉状況について、災害発生日から6か月経過して示談が成立しない場合は6か月経過するごとに提出してください。

### 第三者加害行為現状（結果）報告書

認定番号〇〇-〇〇〇〇〇〇

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

所属団体・部局名 〇〇市〇〇部〇〇課  
(電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

被災職員氏名 〇〇 〇〇

令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで認定を受けた公務(通勤)災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。

記

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| 1   | 認定番号  | 〇〇-〇〇〇〇〇〇   |  |
| 2   | 災害発生日   | 令和〇〇年〇〇月〇〇日   |  |
| 3   | 治ゆ年月日   | 未治ゆ(治ゆ見込〇〇年〇〇月ころ)・治ゆ(年月日)   |  |
| 4   | 後遺障害(見込)の有無   | 有・ <input checked="" type="radio"/> 無   |  |
| 5   | 加害者の住所・氏名<br>生年月日<br>同僚か否か  | 〇〇市〇〇町〇〇番地<br>△△△△<br>(〇〇年〇〇月〇〇日生)<br>同僚(所属・職 ) <input checked="" type="radio"/> 同僚以外 |  |
| 6   | 示談交渉の状況(※未締結の場合は必ずその理由、概要を記入すること)   |   |  |
| 示談締結  | 成立年月日   | 令和 年 月 日  |  |
|   | 示談内容  | 別添示談書のとおり   |  |
| 未締結理由(いずれかに○をする)<br>(1)加害者と交渉中(経過を右欄に)<br>(2)交渉不能(経過を右欄に)<br>(3)その他<br>未解決となっている理由、今後の予定等を右欄に | <ul style="list-style-type: none"> <li>相手方保険会社とは定期的に連絡をとっている。</li> <li>過失割合について、相手方は交差点で一旦停止をしたとのことで5:5を主張しているが、当方は相手方の一旦停止がなく、3:7を主張しており、まとまっていない。</li> <li>まだ治療を続けており、治ゆの見込みになったら、示談交渉を具体的に進めていく予定である。</li> </ul> |   |  |
|   |   |   |  |
|   |   |   |  |

| 7 治療費の支払状況  | ・所要領                |       | 256,000 |                  | 円     |     |           |
|-------------|---------------------|-------|---------|------------------|-------|-----|-----------|
|             | ・負担者内訳（概要項目を○で囲むこと） |       |         |                  |       |     |           |
|             | (1) 自分で負担           |       |         |                  | 円     |     |           |
|             | (2) 加害者で負担          |       |         |                  | 円     |     |           |
|             | (3) 自賠責で負担          |       |         |                  | 円     |     |           |
|             | (4) 任意保険で負担         |       |         |                  | 円     |     |           |
|             | (5) 基金で負担           |       |         |                  | 円     |     |           |
|             | (6) 共済組合で負担         |       |         |                  | 円     |     |           |
| (7) ( ) で負担 |                     |       |         | 〇〇病院に待ってもらっている 円 |       |     |           |
| 8 損害賠償の状況   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| 項 目         | 金 額                 | 受領の状況 |         |                  | 賠償者区分 |     |           |
|             |                     | 済     | 請求中     | 未請求              | 加害者本人 | 自賠責 | その他(具体的に) |
| (1) 治療費     | 256,000             |       |         | ○                |       |     | 任意保険      |
| (2) 休業補償費   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| (3) 障害補償費   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| (4) 介護補償費   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| (5) 遺族補償費   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| (6) 葬祭補償費   |                     |       |         |                  |       |     |           |
| (7) 慰謝料     | 50,000              |       |         | ○                |       |     | 任意保険      |
| (8) 物損      | 100,000             |       |         | ○                |       |     | 任意保険      |
| (9) その他     |                     |       |         |                  |       |     |           |
| 計           | 406,000             |       |         |                  |       |     |           |
| 内損害賠償請求額    | 406,000             | 受領年月日 |         |                  | 年 月 日 |     |           |

[注意事項]

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

<記 載 例>

給与明細書（災害発生月の前3か月のもの及び補償事由発生日におけるもの、必要に応じ災害発生日におけるもの）及び出勤簿（災害発生月の前3か月のもの）の写しを添付してください。

平均給与額算定書

2号紙

|  |                       |  |                       |          |  |            |
|--|-----------------------|--|-----------------------|----------|--|------------|
| 被災職員の氏名<br>及び生年月日  | ○ ○ ○ ○<br>○○年○○月○○日生 | 補償の種類  | 障害補償年金                |          |  |            |
| 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<br>(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4月1日から<br>○年4月30日まで | ○年5月1日から<br>○年5月31日まで                                      | ○年6月1日から<br>○年6月30日まで | 計        | 備考   |            |
| 総日数  | 30日                   | 31日  | 30日                   | 91日      | 病欠休暇<br>6月9日<br>(午前4時間)<br>6月16日<br>(午前4時間)<br>なお、上記の<br>日に時間外勤<br>務手当 4,344<br>円が支払われ<br>た。 |            |
| 勤務した日数   | 22日                   | 21日  | 22日                   | 65日      |  |            |
| 控除日数   | 0日                    | 0日   | 2日                    | 2日       |  |            |
| 給<br>料   | 給料                    | 278,100円   | 278,100円              | 278,100円 |  | 834,300円   |
|  | 扶養手当                  | 27,000円  | 27,000円               | 27,000円  |  | 81,000円    |
|  | 地域手当                  | 9,153円   | 9,153円                | 9,153円   |  | 27,459円    |
|  | 住居手当                  | 25,500円  | 25,500円               | 25,500円  |  | 76,500円    |
|  | 通勤手当                  | 25,350円  | 25,350円               | 25,350円  |  | 76,050円    |
|  | 時間外勤務手当               | 54,300円  | 49,956円               | 56,472円  |  | 160,728円   |
|  | 宿日直手当                 | 円  | 円                     | 円        |  | 円          |
| 与  |                       | 円  | 円                     | 円        |  | 円          |
|  |                       | 円  | 円                     | 円        |  | 円          |
|  | 計                     | 419,403円   | 415,059円              | 421,575円 |  | 1,256,037円 |
| (A) 法第2条第4項本文による金額   |                       | 寒冷地手当  |                       |          |  |            |
| (給与総額) (総日数)   |                       | 〔災害発生の日の属する月の前月の末日以前における<br>直近の寒冷地手当の支給日に支給された寒冷地手当<br>の額〕 |                       |          |  |            |
| 1,256,037円 ÷ 91 = 13,802円 60銭 (イ)  |                       | 6,256円 × 5 ÷ 365 = 85円 69銭 (ロ)                             |                       |          |  |            |
|  |                       | (イ) + (ロ) = 13,888円 29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<br>って定められた給与の総額〕 (勤務した日数)   |                       |  |                       |          |  |            |
| 160,728円 ÷ 65 × $\frac{60}{100}$ = 1,483円 64銭 (ハ)                                |                       |  |                       |          |  |            |
| (その他の給与の総額) (総日数)  |                       |  |                       |          |  |            |
| 1,095,309円 ÷ 91 = 12,036円 36銭 (ニ)  |                       |  |                       |          |  |            |
| (ロ) + (ハ) + (ニ) = 13,605円 69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) (総日数) (給与総額) (ト)   |                       |  |                       |          |  |            |
| 〔 $\frac{6,256 \times 5}{365}$ × 91〕 + 1,256,037 - 28,855円 59銭                   |                       |  |                       |          |  |            |
| (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) 4,344円 00銭 (ヘ)                                     |                       |  |                       |          |  |            |
| (ホ) + (ヘ) = 28,855円 59銭 (ト)  |                       |  |                       |          |  |            |
| (寒冷地手当の額) (総日数) (給与総額) (ト)   |                       |  |                       |          |  |            |
| 〔 $\frac{6,256 \times 5}{365}$ × 91〕 + 1,256,037 - 28,855円 59銭                   |                       |  |                       |          |  |            |
| (総日数) (控除日数)   |                       |  |                       |          |  |            |
| 91日 - 2日   |                       |  |                       |          |  |            |
| = 13,876円 17銭  |                       |  |                       |          |  |            |
| (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<br>与の総額 (控除日に支払われたものを除く)〕 (勤務した日数)<br>(控除日を除く)            |                       |  |                       |          |  |            |
| 156,384円 ÷ 63 × $\frac{60}{100}$ = 1,489円 37銭 (チ)                                |                       |  |                       |          |  |            |
| (寒冷地手当の額) (総日数) (その他の給与の総額) (ホ)  |                       |  |                       |          |  |            |
| 〔 $\frac{6,256 \times 5}{365}$ × 91〕 + 1,095,309 - 24,511円 59銭                   |                       |  |                       |          |  |            |
| (総日数) (控除日数)   |                       |  |                       |          |  |            |
| 91日 - 2日   |                       |  |                       |          |  |            |
| = 12,119円 05銭 (リ)  |                       |  |                       |          |  |            |
| (チ) + (リ) = 13,608円 42銭  |                       |  |                       |          |  |            |

該当月の  
給与明細書  
から転記

〔注意事項〕別紙参照。

※補償事由発生日とは、それぞれ次の日をいいます。  
 ①遺族補償、葬祭補償の場合 - 職員が死亡した日  
 ②障害補償の場合 - 負傷又は疾病が治った日（症状固定を含む。）  
 ③休業補償の場合 - 療養のため勤務することができず、給与を受けない日

|   |  |  |
|---|--|--|
| (D) 規則第3条第1項による金額<br>(給与総額) (総日数)<br>円 ÷ = 円 銭  |  |  |
| ①災害発生日(令和〇〇年〇〇月〇〇日)における<br>基本的給与の月額<br>行政(一) 職給料表 4 級 6 号給<br>給料 278,100 円<br>扶養手当 27,000 円<br>地域手当 9,153 円<br>特勤手当又はへき地勤手当 円<br>計 314,253 円  | ②補償事由発生日※(令和〇〇年〇〇月〇〇日)における<br>基本的給与の月額<br>行政(一) 職給料表 4 級 9 号給<br>給料 293,100 円<br>扶養手当 27,000 円<br>地域手当 9,603 円<br>特勤手当又はへき地勤手当 円<br>計 329,703 円  |  |
| (E) 規則第3条第2項による金額<br>(基本的給与の月額①)<br>円 ÷ 30 = 円 銭  |  |  |
| (F) 規則第3条第3項による金額<br>(基本的給与の月額②)<br>329,703 円 ÷ 30 = 10,990 円 10 銭  |  |  |
| (G) 規則第3条第4項による金額<br>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<br>(基本的給与の月額①)<br>314,253 円 ÷ 30 = 10,475 円 10 銭 (ヌ)<br>(ヌ)及び(A)(B)(C)(C') (D)(E)のうち最も高い金額<br>13,888 円 29 銭 (ル)<br>(ル) (総務大臣が定める率)<br>13,888 円 29 銭 × 0.98 = 13,610 円 52 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<br>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<br>(基本的給与の月額②)<br>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<br>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<br>(基本的給与の月額①)<br>円 ÷ 30 = 円 銭 (ヲ)<br>(ヲ)及び(A)(B)(C)(C') (D)(E)のうち最も高い金額<br>円 銭 (ワ)<br>(ワ) (総務大臣が定める率)<br>円 銭 × = 円 銭 |  |
|   | (J) (H)(I)以外の金額<br>円 銭   |  |
| (K) 規則第3条第7項による金額<br>円  |  |  |
| (L) 法第2条第11項又は第13項による金額<br>法第2条第11項又は第13項の基準日における年齢 36 歳<br>最高限度額 19,703 円 最低限度額 6,920 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 checked="" type="checkbox"/> 無  |  |  |
| 2 平均給与額 13,889 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。<br>令和〇〇年〇〇月〇〇日<br>所在地 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○<br>所属部局の名称 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○<br>長の職・氏名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○  |  |  |

被災職員の基礎疾患の有無や療養経過等についての確認を行うため、共済組合や受診医療機関から診療録・各種検査結果を取り寄せたり、主治医から意見を求める必要がある場合に提出してもらいます。

## 同 意 書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

地方公務員災害補償基金広島県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 〇 〇 〇 〇

被災職員との続柄 本 人

(※ 自署又は記名押印)

私が、令和〇〇年〇〇月〇〇日付けで行った次の公務災害（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。）が公務災害（通勤災害）の認定又は補償等の実施等を行うに当たり、基金及び基金から依頼を受けた被災職員の任命権者が、地方公務員災害補償法第60条第1項の規定に基づき、関係機関等から、被災職員に関する下記の個人情報の提供を受けることについて同意いたします。

### 記

- 1 被災職員 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地  
氏 名 〇〇〇〇  
生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日生  
所属（被災時） 〇〇

### 2 個人情報

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