

第 6 請求書等様式

様 式

【認定関係】

公務災害認定請求書（様式第1号）	97
通勤災害認定請求書（様式第2号の1）	99
通勤災害認定請求書（様式第2号の2）	101
公務災害（通勤災害）認定手続証明書（支部様式第101号）	103
公務災害（通勤災害）経過報告書（支部様式第102号）	104
公務傷病等診断書（支部様式第103号）	105
公務傷病等診断書（腰部疾患）（支部様式第104号）	106
公務傷病等診断書（頸部疾患）（支部様式第105号）	107
現認書・事実証明書（支部様式第106号）	108
腰部疾患状況報告書（支部様式第108号）	109
頸部疾患状況報告書（支部様式第109号）	112
既往病歴報告書（支部様式第110号）	114

【第三者加害関係】

事故発生状況報告書（支部様式第111号）	115
第三者加害行為による災害状況届（支部様式第112号）	116
補償先行申出書（支部様式第113号）	118
誓約書（支部様式第114号）	119
確約書（支部様式第115号）	120
第三者加害行為現状（結果）報告書（支部様式第116号）	121

【補償関係】

療養の給付請求書（様式第5号）	123
療養補償請求書（様式第6号）	124
個室・上級室使用証明書（支部様式第117号）	128
看護証明書（支部様式第118号）	129
移送費等明細書（支部様式第119号）	130
傷病治ゆ報告書（支部様式第120号）	131
療養の現状等に関する報告書（様式第38号）	132

※上記以外の様式は省略しますので、必要な場合は基金宮城県支部へご連絡ください。

本様式をコピーして使用して構いません。

公務災害認定請求書

		*認定 番号		
地方公務員災害補償基金宮城県支部長...殿		請求年月日 令和 年 月 日		
下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		(〒 -)		
		請求者の住所 _____ _____		
		ふりがな 氏 名 _____ 被災職員との続柄 _____		
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名(電話 _____)		
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		第 _____ 号	
	ふりがな 氏 名	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生 (_____ 歳)	
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員		
	災害発生の日時 令和 年 月 日 (曜日)		前 午 後	時 分ごろ
	災害発生の場所			
	傷 病 名			
	傷病の部位及びその程度			

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

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 「2 災害発生の状況」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 4 「* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。

2 災 害 発 生 の 状 況	
* 3 所長 の 証 明 の	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所属部局の { 所在地 名 称 長の職・氏名
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他
* 5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 30px; margin-right: 10px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">-</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 40px; text-align: center;">令和</div> <div style="width: 40px; text-align: center;">年</div> <div style="width: 40px; text-align: center;">月</div> <div style="width: 40px; text-align: center;">日</div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">任命権者の職・氏名</div>

- 5 「* 5 任命権者の意見」の欄中 □ には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 6 「* 5 任命権者の意見」の欄中 □□ には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
 05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舍指導員等 06 船員
 07 タイピスト・キーパンチャー 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員
 11 特別支援学校教員 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員
 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 7 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名とすることができる。

通 勤 災 害 認 定 請 求 書

法第2条第2項第1号関係 住居と勤務場所との間の往復の場合		*認定 番号	
地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿		請求年月日 令和 年 月 日	
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。		請求者の住所 (〒 -) ----- ----- 氏名 被災職員との続柄 -----	
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名 (電話)	
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		第 号
	氏名 (ふりがな)	年 月 日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳)
	職 名	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	災害発生の日時	令和 年 月 日 (曜日)	午前 午後 時 分ごろ
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
傷病の部位及びその程度			

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

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所の間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい（公務の性質を有するものを除く。）、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。したがって、「2 災害発生の状況等」の欄には、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかになるよう、その状況を記入すること。
- 4 「2 災害発生の状況等」又は「*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

2 災 害 発 生 の 状 況	(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 後	前 後	時	分 ご ろ
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	午 後	前 後	時	分 ご ろ
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 後	前 後	時	分 ご ろ
	(4) 災害発生の状況				
* 3 所長 属の 部証 明の	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所属部局の { 所在地 } 名称 } 長の職・氏名				
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他				
* 5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin-right: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 40px; margin-right: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名</p>				

- 5 「2 災害発生の状況等」の(1)の欄には、災害が出勤の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合は、勤務終了の時刻を記入すること。また、(2)の欄は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)の欄は、災害が退勤の際に生じた場合にそれぞれ記入すること。
- 6 「* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 7 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 8 「* 5 任命権者の意見」の欄中「 」には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員
07 タイピスト・キーパンチャー 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員
11 特別支援学校教員 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員
15 清掃業務員 16 その他の職員
- 9 「請求者の氏名」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。

通 勤 災 害 認 定 請 求 書

法第2条第2項第2号及び3号関係 兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合		*認定 番号	
地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿		請求年月日	令和 年 月 日
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。		請求者の住所	(〒 -) ----- ----- ふりがな 氏 名 被災職員との続柄 -----
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名 (電話)	
	被 災 職 員	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号	第 号
	氏 名	年 月 日 生	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (歳)
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	災害発生の日時	令和 年 月 日 (曜日)	前 午 時 分 後
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
傷病の部位及びその程度			

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

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に√印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい（公務の性質を有するものを除く。）、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。
ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。
したがって、「2 災害発生の状況等」の欄には、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかになるよう、その状況を記入すること。
- 4 「請求者の氏名」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。
- 5 「2 災害発生の状況等」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 6 「2 災害発生の状況等」の(1)の欄には、災害が注意事項3の①及び②の際に生じたものである場合は、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。

2 災 害 発 生 の 状 況	(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 前後 時 分 ごろ
	(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 前後 時 分 ごろ
	(3)勤務場所を離れた年月日及び時刻	年 月 日 午 前後 時 分 ごろ
	(4)災害発生の状況	
* 3 所長 属の 部局 の 証 明 の	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 所属部局の { 所在地 名称 長の職・氏名	
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
* 5 任 命 権 者 の 意 見	<div style="display: flex; align-items: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名</p>	

- また、(2)の欄は、災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所から離れた年月日及び時刻を、注意事項3の②の際に生じたものである場合は、家族が住む住居を離れた年月日及び時刻を、注意事項3の③の際に生じたものである場合は、単身赴任先の住居を離れた年月日及び時刻を記入すること。また、(3)の欄は、災害が注意事項3の③の際に生じたものである場合に記入すること。
- 7 災害が注意事項3の①の際に生じたものである場合は、就業の場所の名称及び住所を、注意事項3の②及び③の際に生じたものである場合は、家族が住む場所を、「2 災害発生の状況等」の(4)の欄に記入すること。
- 8 「* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 9 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
- 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 10 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
- 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
 05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員
 07 タイピスト・キーパンチャー 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員
 11 特別支援学校教員 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員
 15 清掃業務員 16 その他の職員

公務災害（通勤災害）認定手続証明書

令和 年 月 日

(医療機関名)

様

(所属長職・氏名)

印

下記職員は下記の災害について、地方公務員災害補償基金宮城県支部長に対して、公務災害（通勤災害）の認定請求を行います。

この災害が、公務上の災害（通勤による災害）と認定されましたら、被災職員（又は下記の所属担当者）が速やかに治療費の請求に必要な書類をお届けしますので、それまでの間、治療費の請求をお待ちいただきますようお願いいたします。（※公務災害・通勤災害に係る治療については、法的に共済組合等からの給付は受けられません）

なお、認定請求手続を行う際に公務傷病等診断書（別添指定様式）が必要となりますので、作成について併せてお願いいたします。

記

被災職員	所属名	
	職・氏名	
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
	住所	
災害発生日時	令和 年 月 日（ ）午前・午後 時 分ごろ	
災害概要	公務傷病等診断書（別添指定様式）災害発生状況のとおり	
事務連絡先	公務災害事務担当者名（ ） TEL（ ）	

(手続先)

地方公務員災害補償基金宮城県支部（TEL 022-211-2243）

〒980-8570 仙台市青葉区本町三丁目8番1号 宮城県総務部職員厚生課内

公務災害（通勤災害）経過報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

所属名
(被災職員)
職・氏名

療養の経過等については、下記のとおり相違ありません。

災害発生日	令和 年 月 日		
受診医療機関名	所在地: 医療機関名: [TEL]		
共済組合員証等使用の有無	1 当初から使用していない 2 現在も使用している (理由) 3 (年 月 日) まで使用していたが、その後は使用していない		
症状の推移 (検査内容結果、治療内容、主訴病休状況等を具体的に記入)	[初診時から認定請求時までの状況を記入] 年 月 日 初診 (診断名:) 年 月 日 年 月 日 [既に治ゆ (症状固定) した場合は、治ゆ年月日を記入] 治ゆ 年 月 日		
入院した場合の利用病室	普通室 ・ 上級室 (個室)		
上級室 (個室) の利用期間	月 日～ 月 日 (日間)	上級室 (個室) の	利用理由
・利用料金	1日 円		
補装具使用の有無	有 ・ 無		

※転医した場合は医療機関毎に作成し、転医理由を症状の推移欄に記入すること。

公務傷病等診断書

1 被災職員に関する事項（被災職員又は所属の担当者が記載すること）					
所属名		職名		氏名	
生年月日	年	月	日生（歳）	男・女	
郵便番号・住所	（〒 - ）				
災害発生日時	令和	年	月	日（ ）	午前・午後 時 分ごろ
災害発生場所					
災害発生状況	-----				

上記災害に係のある既往病歴	無	有	傷病名		発症時期 年 月
			受診医療機関		治ゆ時期 年 月
			発症原因		
2 傷病に関する事項（医療機関が記載すること）					
初診日	令和	年	月	日	
上記災害により生じたものと認められる傷病名	-----				

検査結果・臨床所見など	-----				

療養の見込み	初診日から 約 日間の療養を要する見込み				
	入院の要否 <input type="checkbox"/> 要（ 日間） <input type="checkbox"/> 否				
上記のとおり診断いたします。					
令和 年 月 日					
〔医療機関〕	所在地				
	名称				
	電話番号				
	医師名				

【地方公務員災害補償基金宮城県支部（022-211-2243）提出用】

※基金から療養補償として支払われる文書料（消費税は非課税）は、認定請求書に添付して基金に提出した診断書（原本）1通分に限り、まして、服務上の理由等で取得した診断書等については、被災職員の自己負担となります。

公務傷病等診断書（腰部疾患）

1 被災職員に関する事項（被災職員又は所属の担当者が記載すること）					
所属名		職名		氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）	男・女	身長	cm・体重	kg
住 所	〒				
災 害 発 生 状 況	（別添腰部疾患状況報告書のとおり）				
上記災害に関係のある既往傷病歴	<input type="checkbox"/> 有（詳細は別添腰部疾患状況報告書のとおり） ・ <input type="checkbox"/> 無				
2 傷病に関する事項（医療機関が記載すること）					
初 診 日	令和 年 月 日				
公務又は通勤により生じた ものと認められる傷病名					
初診時の 状 況					
検査内容	レントゲン写真 枚・MRI 枚・（その他 ）				
検査所見	異常所見の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
異常所見 内 容					
既往傷病	既往傷病等（腰椎椎間板ヘルニア等の腰部疾患）の有無			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
既往傷病 等の内容					
発症原因 について の 意 見	1. 特段の被災職員の素因又は基礎疾患は無く、当該災害が原因となって発症したものとする。 2. 被災職員の素因又は基礎疾患は認められるが、当該災害により痛みが消退していた症状が急激に増悪したものと考えられる。 3. 被災職員の素因又は基礎疾患と当該災害のいずれかが原因となって発症したものか判断できない。 4. 被災職員の素因又は基礎疾患が認められ、これが主な原因となって発症したものである。 5. その他 []				
療養の見込み	初診日から約	日間の療養を要する見込み	入院の要否	<input type="checkbox"/> 要（ 日間） <input type="checkbox"/> 否	
治 療 内 容					
治ゆ（症状固定）時期	令和 年 月 頃（通常被災から半年未満）				
上記のとおり診断いたします。			令和 年 月 日		
所在地 〔医療機関〕 名 称 電話番号 医 師 名					

【地方公務員災害補償基金宮城県支部（022-211-2243）提出用】

※基金から療養補償として支払われる文書料（消費税は非課税）は、認定請求書に添付して基金に提出した診断書（原本）1通分に限り、したがって、服務上の理由等で取得した診断書等については、被災職員の自己負担となります。

公務傷病等診断書（頸部疾患）

1 被災職員に関する事項（被災職員又は所属の担当者が記載すること）					
所属名		職名		氏名	
生年月日	年 月 日生（ 歳）	男・女	身長	cm・体重	kg
住 所	〒				
災 害 発 生 状 況	（別添頸部疾患状況報告書のとおり）				
上記災害に関係のある既往傷病歴	<input type="checkbox"/> 有（詳細は別添頸部疾患状況報告書のとおり） ・ <input type="checkbox"/> 無				
2 傷病に関する事項（医療機関が記載すること）					
初 診 日	令和 年 月 日				
公務又は通勤により生じた ものと認められる傷病名					
初診時の 状 況					
検査内容	レントゲン写真 枚・MRI 枚・（その他 ）				
検査所見	異常所見の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
異常所見 内 容					
既往傷病	既往傷病等（頸椎椎間板ヘルニア等の頸部疾患）の有無			<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
既往傷病 等の内容					
発症原因 について の 意 見	1. 特段の被災職員の素因又は基礎疾患は無く、当該災害が原因となって発症したものと考える。 2. 被災職員の素因又は基礎疾患は認められるが、当該災害により痛みが消退していた症状が急激に増悪したものと考えられる。 3. 被災職員の素因又は基礎疾患と当該災害のいずれかが原因となって発症したものが判断できない。 4. 被災職員の素因又は基礎疾患が認められ、これが主な原因となって発症したものである。 5. その他 []				
療養の見込み	初診日から約	日間の療養を要する見込み	入院の要否	<input type="checkbox"/> 要（ 日間） <input type="checkbox"/> 否	
治 療 内 容					
治ゆ（症状固定）時期	令和 年 月 頃（通常被災から半年未満）				
上記のとおり診断いたします。			令和 年 月 日		
所在地 〔医療機関〕 名 称 電話番号 医 師 名					

【地方公務員災害補償基金宮城県支部（022-211-2243）提出用】

※基金から療養補償として支払われる文書料（消費税は非課税）は、認定請求書に添付して基金に提出した診断書（原本）1通分に限り、したがって、服務上の理由等で取得した診断書等については、被災職員の自己負担となります。

現 認 書
 事 実 証 明 書

(被災職員の所属)	(被災職員の職・氏名)
(災害発生の日時) 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分頃	
(災害発生の場所)	
【災害発生又は証明事実の概要】 -----	

現認しました。
上記のとおり
証明します。

令和 年 月 日
現認者又は事実証明者所属（住所） _____
職・氏名 _____

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

- (注) 1 現認者がなく、災害発生の報告があったときは、通報を受けた受報の事実を証明してください。
- 2 現認者が所属職員以外の場合は、住所又は所属（会社名等）を記入してください。

(その2)

腰部にかかった負担	被災時における取扱い物の有無		□有 ・ □無			
	有	取扱物			材質	
		重量	kg	大きさ	縦 cm・横 cm	高さ cm
	の	上記の確認方法				
		上記は通常取り扱う物である		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
		その物を取り扱った頻度(経験)		<input type="checkbox"/> 被災日に 回目 <input type="checkbox"/> 以前によく扱った <input type="checkbox"/> 以前に数回扱ったことがある <input type="checkbox"/> 全くない		
	合	その物の重量は概ね知っていたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(理由)			
通常割り振られている業務内容	業務内容	-----				
	姿勢・動作	-----				
	取扱い物					
上記の業務内容の経験年数		年	月	日	～ (経験年数 年 月)	
今回の災害時の業務内容	<input type="checkbox"/> 通常割り当てられているもの <input type="checkbox"/> 通常とは異なるもの ()					
症状の推移 (検査内容及び結果、治療内容、主訴等具体的な病状)	[被災時から認定請求時までの状況を記入]					
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	年	月	日			
	[既に治ゆ(症状固定)した場合は、治ゆ年月日を記入]					
治ゆ	年	月	日	(通常被災から半年未満)		

被災以前に腰痛を感じた経験の有無		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無（複数有る場合は、その他欄に記入すること）	
有 の 場 合 の 場 合	時 期	年 月 頃	
	腰痛発症の原因		
	治療の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	傷 病 名		
		レントゲン等 検査結果	<input type="checkbox"/> 異常有り（ ） <input type="checkbox"/> 異常無し
	医療機関名		
	治療内容	----- -----	
	治療期間	年 月 ～ 年 月	
	病気休暇取得状況	年 月 ～ 年 月	
	腰痛消退時期	<input type="checkbox"/> 消退した（時期 年 月 頃） <input type="checkbox"/> やや消退した（時期 年 月 頃） <input type="checkbox"/> 消退しない	
今回の腰痛を 発症する 直前の状態	<input type="checkbox"/> 腰痛の自覚症状は全く無かった。 <input type="checkbox"/> 運動時等時々軽い痛み又は痺れを感じていた。 <input type="checkbox"/> 腰痛があった。（ ）		
そ の 他 (意見等)	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----		

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

被災職員氏名

所 属 長

頸部疾患状況報告書

(その1)

所属名		職名		氏名	
災害発生日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分ごろ				
災害発生場所					
災害発生時の状況 (頸部に外力が加わった状況や姿勢について、できるだけ詳しく記述すること)	-----				

(被災の状況図)					
足場の状態				履き物の種類	

症状の推移 (検査内容及び結果、治療内容、主訴等具体的な病状)	〔被災時から認定請求時までの状況を記入〕		
	年	月 日	
	年	月 日	
	年	月 日	
	年	月 日	
	年	月 日	
	年	月 日	
	年	月 日	
〔既に治ゆ(症状固定)した場合は、治ゆ年月日を記入〕			
治ゆ	年 月 日 (通常被災から半年未満)		
被災以前に頸部痛を感じた経験の有無		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 (複数有る場合は、その他欄に記入すること)	
有 の 場 合	時 期	年 月 頃	
	頸部痛発症の原因		
	治療の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	治療 有 の 場 合	傷 病 名	
		レントゲン等 検査結果	<input type="checkbox"/> 異常有り () <input type="checkbox"/> 異常無し
		医療機関名	
		治療内容	-----
		治療期間	年 月 ~ 年 月
		病気休暇取得状況	年 月 ~ 年 月
		頸部痛消退時期	<input type="checkbox"/> 消退した (時期 年 月 頃) <input type="checkbox"/> やや消退した (時期 年 月 頃) <input type="checkbox"/> 消退しない
今回の頸部痛を 発症する直 前の状態	<input type="checkbox"/> 頸部痛の自覚症状は全く無かった。 <input type="checkbox"/> 運動時等時々軽い痛み又は痺れを感じていた。 <input type="checkbox"/> 頸部痛があった。()		
そ の 他 (意見等)	----- ----- -----		

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

被災職員氏名

所 属 長

既往病歴報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

所 属

氏 名

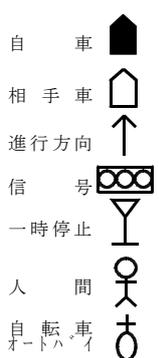
私の既往病歴について、次のとおり報告します。

傷 病 名	発症年月日	発症原因・症状・治療経過等	治ゆ年月日	医療機関等の名称

(注) 1 記入欄が不足する場合は適宜別紙とし、特に「発症原因・症状・治療経過等」については、できるだけ詳細に記入してください。

2 過去に公務上として認定された傷病に限らず私傷病も記入してください。

事故発生状況報告書

保険証明書 番号	第 号	当事者	甲(加害運転者)	氏名 (電話)	
自動車の番号			乙(被害者)	氏名 (電話)	運転・同乗 歩行・その他
天候	晴・曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・普通・閑散	明暗	昼間・夜間・明け方・夕方
道路状況	舗装 { してある / してない } 歩道(両・片) { ある / ない } 直線・カーブ 平坦・坂 見通し { 良い / 悪い } 積雪・凍結				
信号又は標識	信号 { ある / ない } 駐・停車禁止 { されている / されていない } その他標識				
速度	甲車両 km/h (制限速度 km/h)、乙車両 km/h (制限速度 km/h)				
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入してください。)				
					
上記図の説明を書いて下さい。					

上記のとおり報告します。

令和 年 月 日

報告者 所属 _____

氏名 _____

乙との関係 _____

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

住所 〒.....

氏名

第三者加害行為による災害状況届

1 被災職員について

所属団体・部局・職名

氏名

2 第三者（加害者）について

住所 〒.....

電話 ()

氏名 年齢..... 歳

職業（勤務先）

3 第三者（加害者）の所属する事業所等について

※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。

名称又は氏名 電話 ()

住所 〒.....

代表者（役職）

4 災害発生の日時等について

日時 令和 年 月 日 午前・午後 時 分頃

場所

5 身体損傷の状況について

区 分	部位・傷病名	程 度
被災職員		
第 三 者		

6 第三者から既に受けた損害賠償の内容，金額及び年月日

.....

.....

.....

7 示談の話し合いがあるときはその状況を，ないときはその理由を記載してください。

また，既に示談を締結した場合は示談書写しを添付してください。

.....

.....

.....

8 補償先行 賠償先行

注)・賠償先行とは、相手方から直接賠償を受ける方法をいい、補償先行とは基金から補償を受け、基金が相手先に請求する方法をいいます。賠償先行が原則です。

・補償先行の場合は、「補償先行申請書(支部様式第113号)」を提出してください。

9 共済組合証を 使用した 使用しない

《交通事故の場合は以下にも記載してください》

1 加害車両の保険加入状況について

(1) 加害車両の自動車損害賠償責任保険(共済)

所有者の住所氏名 〒-----
自動車損害賠償責任保険証明書番号 第-----号
保険契約者の住所、氏名 -----
第三者と契約者の関係 従業員・親族()・友人・その他()
保険契約期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
保険会社名及び管轄店名 -----
保険会社の所在地 〒-----
電話番号 ()-----

(2) 加害車両の任意保険(対人賠償保険)

保険契約者の住所・氏名 〒-----
第三者と契約者の関係 従業員・親族()・友人・その他()
任意保険証券番号 第-----号
保険契約期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日
対人賠償保険金額 無制限・金-----円
保険会社名及び管轄店名 -----
保険会社の所在地 〒-----
電話番号 ()-----

(3) 保険金(損害賠償額)の支払いを受けている場合は記載してください

支払いを受けた者の氏名 -----
支払いを受けた金額 -----円
支払いを受けた年月日 令和 年 月 日

2 あなた(被災職員)の保険(人身傷害保険)加入状況について

※ 人身傷害保険とは、損害保険会社が運営する任意の自動車保険の一つであり、対人賠償保険の保険金が事故の相手方に生じた損害を賠償するために支払われるのとは異なり、自分自身の損害に対して自分が加入した保険会社から保険金の支払いを受けられるものです。

- ・人身傷害補償保険に 加入している 加入していない
- ・保険会社名及び保険証券番号 -----
- ・人身傷害補償保険金の請求の有無 請求した 請求する予定 請求予定なし
- ・人身傷害補償保険金の支払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 日受領)

補 償 先 行 申 出 書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

住 所 〒

被災職員 氏 名

所属団体

下記災害に係る補償を、加害者等の損害賠償に先行して実施して下さるよう申し出いたします。

記

1	災害発生 年 月 日	令和 年 月 日	災害発生 場 所	
	被災職員 の 氏 名		加害者の 氏 名	
2	補償の 種 類	予定療養期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 療養補償 予定療養補償額円 <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 障害補償 <input type="checkbox"/> 遺族補償 <input type="checkbox"/> 葬祭補償		
	補償先行 の 理 由	<input type="checkbox"/> 加害者等に資力がないと認められるため。 <input type="checkbox"/> 加害者等が不明のため。 <input type="checkbox"/> 加害者に全く誠意がないと認められるため。 <input type="checkbox"/> 加害者等を特定できないため。 <input type="checkbox"/> 同僚職員の職務行為によって当該災害が生じたため。 <input type="checkbox"/> その他		

上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 属 長

職・氏名

- [注意事項]
- 1 該当する□にレ印を付してください。
 - 2 この申出書は、認定請求時に「第三者加害行為による災害状況届（支部様式第112号）」と併せて提出すること。
 - 3 加害者不明事案又は同僚加害事案以外で「確約書（支部様式第115号）」を加害者からとれない場合は、予め基金支部と連絡をとること。

誓 約 書

災害発生日	令和 年 月 日	災害発生場所	
被災職員氏名	相手方氏名		

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守すること誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求 権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、同法第59条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの誓約書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の基金への請求、補償決定及び補償（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（補償額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この誓約書をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この誓約書を保険会社等へ提示すること。

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

- [注意事項] 1 交通事故以外の第三者加害事案（例えば殴打、咬傷等）の場合であっても、この誓約書は必要となります。
- 2 第三者加害事案で基金から補償を受けようとする場合や共済組合員証を使用する場合には、この誓約書の他に加害者等の損害賠償義務者からの「確約書」を提出してください。

確 約 書

(災害発生場所)

令和 年 月 日 _____ において、

(加害者)

(被災職員)

(事故名)

_____ と _____ との間に発生した _____

_____ により生じた損害について、貴基金支部において補償を先行した場合には、貴基金支部から確定した損害賠償義務額の請求があったときは遅滞なく支払うことを確約いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

(加害者との関係： _____)

連絡先 (TEL) _____

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

第三者加害行為現状（結果）報告書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金
宮城県支部長 殿

被災職員 所属

氏名

令和 年 月 日付で認定を受けた 公務
通勤 災害に対する損害賠償請求等の状況を下記のとおり報告します。

記

1 認定番号		
2 災害発生日	令和 年 月 日	
3 治ゆ年月日	未治ゆ（見込 年 月ごろ） 治ゆ（ 年 月 日）	
4 後遺障害（見込）の有無及び状況	有（ ） ・ 無	
加害者の住所・氏名	住所 〒 氏名	
5 生年月日 （同僚か否か）	（ 年 月 日生） 同僚（所属・職 ） ・ 同僚以外	
6 示談交渉の状況		
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）	<div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>	
(1)加害者と交渉中 （経過を右欄に）		
(2)交渉不能 （理由を右欄に）		
(3)その他		
〔未解決となつて いる理由、今後の 予定等を右欄 に〕		

7 治療費の支払状況	・所要額 _____円 ・負担者内訳（該当項目を○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 _____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	自賠責	その他(具体的)
(1) 治療費							前記7記載のとおり
(2) 障害補償費							
(3) 慰謝料							
(4) 休業補償費							
(5) 物損							
(6) その他							
計							
内損害賠償請求額		受領完了月日			年 月 日		
上記のとおり相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 所属長 職・氏名 </div>							

(注意事項)

提出時期

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

療 養 の 給 付 請 求 書

		認 定 番 号			
地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿 下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求年月日 令和 年 月 日			
		請求者の住所 _____ 氏 <small>ふりがな</small> 名 _____			
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名		
	氏 名		職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 員 <input type="checkbox"/> 令 第 1 条 職 員		
	年 月 日生 (歳)		負 傷 又 は 発 病 の 日 令和 年 月 日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等		(新)	所在地		
			名 称		
		(旧)	所在地		
			名 称		
*	受 理	令和 年 月 日	*	通 知	令和 年 月 日
*	決定 <input type="checkbox"/> 支 給 <input type="checkbox"/> 不 支 給	令和 年 月 日			

[注意事項]

- 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所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。
- 3 「請求者の氏名」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。

療養補償請求書

		認定番号		
		請求回数	第 回 (年 月分)	
地方公務員災害補償基金 宮城県 支部長 殿		請求年月日	令和 年 月 日	
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所 フリガナ 氏 名		
1 受補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を _____ に委任します。 委任者の氏名 _____			
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。 受任者の { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名 (代表者名) _____			
2 関被する職事員項に	所属団体名	フリガナ 氏 名		
	所属部局名 (電話番号 _____)	年 月 日生 (歳)		
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 令和 年 月 日		
3 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり		円	
4 調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり		円	
5 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円	
	令和 年 月 日から _____ 日間	<input type="checkbox"/> 看護師の資格	円	
6 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 _____ から _____ まで _____ km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復		円	
	<input type="checkbox"/> その他の移送費			
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	円	
9 送金希望口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する			
	個人番号	_____		
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する			
	金融機関名 _____	本支店等名 _____		
口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号 _____			
口座名義人 法人機関又は役職の名称 (フリガナ) _____	氏名 (フリガナ) _____			
<input type="checkbox"/> その他				
* 受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部	
(到達した年月日)	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	
* 決 定 金 額	円	* 通 知	令和 年 月 日	* 支 払
			令和 年 月 日	

〔注意事項〕

- 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 「7 上記以外の療養費 (3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細 (例えば診断書料、入院室料差額等) を記入すること。
- 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)						
傷病名	ア			診療開始日	ア	令和	年	月	日	
	イ				イ	令和	年	月	日	
	ウ				ウ	令和	年	月	日	
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期間	令和	年	月	日から	診療実日数	日
再診	再診	×	回		令和	年	月	日まで		
	外来診療料	×	回	傷病の経過						
	継続管理加算	×	回							
	外来管理加算	×	回							
	時間外	×	回							
	休日	×	回							
深夜	×	回								
指導				転帰	令和 年 月 日					
在宅	往診	回			治ゆ	継続	転医	中止	死亡	
	夜間	回		摘要						
	深夜・緊急	回								
	在宅患者訪問診察	回								
その他	回									
投薬	内服	薬剤	×	単位						
	調剤		×	回						
	屯服	薬剤	×	単位						
	調剤		×	回						
	外用	薬剤	×	単位						
調剤	×		回							
処方	×	回								
麻毒調基	×	回								
注射	皮下筋肉内	回								
	静脈内	回								
	その他	回								
処置	薬剤	回								
	薬剤	回								
手術・麻酔	薬剤	回								
	薬剤	回								
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	年	月	日					
	病・診・衣	入院基本料・加算	×	日間						
		×	日間							
		×	日間							
		×	日間							
特定入院料・その他	×	日間	食事	基準	円	×	日間			
					円	×	日間			
					円	×	日間			
診療報酬点数表により計算できるもの		合計点数		1点単価		円		円		
診療報酬点数表により計算できないもの		診断書料・入院室料差額等				円		円		
診療費請求合計額						円		円		
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>										

*11 調剤費請求明細					(職員氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名 称							
		所 在 地							
担 当 医 氏 名		1. _____			3. _____				
		2. _____			4. _____				
調 剤 期 間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			日間		調剤実日数		日
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数			
			医 薬 品 名 ・ 規 格 ・ 用 量 ・ 剤 型 ・ 用 法	単 位 薬 剤 料		薬 剤 調 整 料 調 剤 管 理 料	薬 剤 料	加 算 料	
	.	.		点		点	点	点	
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
処方せん受付回数		回	摘 要						
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)			指導料 (点)		合計点数		
							点		
							合計金額		
							円		
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>									

*12 訪問看護事業者の証明		(職員氏名)									
傷病名		(訪問看護期間) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで									
傷病の経過		訪問看護の回数 回									
基本療養費 (I) (II)	保健師、助産師、看護師 円 × 回 円	指示期間 年 月 日から 年 月 日まで (特別指示期間) 年 月 日から 年 月 日まで	主治医への直近報告年月日 令和 年 月 日								
	准看護師 円 × 回 円		訪問日								
	専門の研修を受けた看護師 円 × 回 円	1 2 3 4 5 6 7									
	理学療法士、作業療法士等 円 × 回 円	8 9 10 11 12 13 14									
	加算 円 × 回 円 (時間)	15 16 17 18 19 20 21									
管理療養費	管理療養費 円 + 円 × 日	22 23 24 25 26 27 28									
	管理療養費の加算 円	29 30 31									
	円										
情報提供療養費	円	提供した情報の概要									
ターミナルケア療養費	円	情報提供先の名称									
死亡年月日	令和 年 月 日										
合計	円	専門の研修	基本療養費 (I) (II)	1 緩和ケア	2 褥瘡ケア						
(備考)			3 人工肛門・人工膀胱ケア	1 緩和ケア	2 褥瘡ケア						
			専門管理加算	3 人工肛門・人工膀胱ケア	4 特定行為 ()						
			手順書交付年月日	令和 年 月 日							
		直近見直し年月日	令和 年 月 日								
訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名											
医療機関の名称											
主治医の氏名											
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、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する場合は不要です。)											
令和 年 月 日											
訪問看護事業者の											
<table border="0"> <tr> <td rowspan="3">}</td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>代表者氏名</td> </tr> </table>								}	名称	所在地	代表者氏名
}	名称										
	所在地										
	代表者氏名										

個室・上級室使用証明書

認定番号

所 属					氏 名		
傷 病 名					災害発生日	令和	年 月 日
入 院 期 間	令和 年 月 日から 年 月 日まで					日間	
特別室を必要と認めたと認めた理由 （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。）	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 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 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 エ その他特別な事情がある場合 []						
貴院の等級	呼称(収容定員) (例:個室、上級室)	(人)	(人)	(人)	普通室(人部屋)		
	室 数	室	室	室	室		
別病室明細	1日あたりの室料差額	円	円	円	円		
被災職員 使用状況	上記個室を必要とした 期 間	年 月 日 年 ~ 月 日(日間)					
	各 室 の 差 額 合 計	円	円	円	円 〔合計 円〕		
備 考							
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 医師の氏名							

(注意) 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、個室・上級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。

看 護 証 明 書

被災職員 氏 名		認 定 番 号	
1 傷 病 名			
2 看 護 を 必 要 と す る 理 由	<p>(該当するところに○を付けて下さい。)</p> <p>ア 病状が重篤であって、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。</p> <p>イ 病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。</p> <p>ウ 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、食事およ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である。</p> <p>エ その他 ()</p>		
3 看 護 者	資 格 等		
	住 所		
	氏 名		
	続 柄		
4 看 護 を 必 要 と す る 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間	
5 基 準 看 護 の 有 無	有 無		
6 備 考			
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿</p>			

(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。

移 送 費 等 明 細 書

被災職員氏名																		認定番号	—			
傷病名																						
医 療 機 関 の 証 明	通 院	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	院	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15					
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
〔タクシー使用の必要性〕																						
必要とした期間： 令和 年 月 日から令和 年 月 日まで																						
上記のとおりであることを証明します。 令和 年 月 日 医療機関 所在地 名 称 医師氏名 地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿																						
移 送 費 の 明 細	移 送 の 経 路	経 路								交通機関								距 離				料 金
		→																				
		→																				
		→																				
	→																					
移 送 費 の 算 定																						

〔注意事項〕

- 1 通院日の欄は通院日に○印をしてください。
- 2 移送費の算定の欄には、請求額の内訳を記入してください。
- 3 自家用車を使用した場合には、自宅及び勤務地・医療機関の位置関係と距離がわかるように地図を添付してください。
- 4 自家用車を使用した場合の移送費の算定方法は、全路程を通算した距離（1km未満の端数がある場合にはこれを切り捨てる。）に37円/kmを乗じた額になります。

傷病治ゆ報告書

認定番号

—

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

(被災時)
被災職員 所属団体 _____
所属部局等 _____
職・氏名 _____

令和 年 月 日付で 公務上 通勤災害該当 と認定された災害については、療養の結果治ゆしたので、下記のとおり報告します。

記

災害発生日	令和 年 月 日 ()
認定傷病名	
治ゆ年月日等	令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 完治, <input type="checkbox"/> 症状固定
残存障害の程度及び症状	<input type="checkbox"/> 有 [] <input type="checkbox"/> 無
その他参考事項 (医療機関名)	共済組合員証記号・番号 第 号 最終受診日 令和 年 月 日 ()
所 属 長 確 認 時	上記のとおり確認しました。 令和 年 月 日 職 名 _____ 氏 名 _____

(記入状の注意)

- 1 該当する□にレ印を付してください。
- 2 「治ゆ」とは、完全治ゆ(完治)のみでなく、症状が固定しもはや医療効果が期待できなくなったときをいいます。
例えば負傷の場合には創面がゆ着し、もはや治療効果を期待できなくなったとき、疾病の場合には急性症状が消退し、単に慢性症状は残存していても、もはや医療の効果を期待しえない状態となったときをいいます。
- 3 障害が残った場合は残存障害診断書を添付してください。用紙は基金支部にありますので連絡してください。
- 4 「その他参考事項」欄において、複数の受診病院等がある場合は最後に通院したところを記入してください。

この報告書は、治ゆ後速やかに所属長及び任命権者を經由して提出してください。

療養の現状等に関する報告書

認定番号

—

地方公務員災害補償基金宮城県支部長 殿

療養の現状等について下記のとおり報告します。

令和 年 月 日

〒

報告者の住所

ふりがな

氏 名

個人番号

所属団体名・所属部局名

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

[注意事項]

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「請求者の氏名」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。
- 3 個人番号は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第2条第5項に規定する個人番号を記入すること。

*6 医師の証明	
(1) 傷病の種類 (傷病名・傷病の部位等)	
(2) 傷病の経過及び治療方法の概要	
(3) 傷病の現状	
(4) 傷病の今後の見込み	
(5) 症状固定 (予定) 年月日	令和 年 月 日頃
(報告者の氏名)については上記のとおりであると認めます。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">令和 年 月 日</div> <div style="margin-left: 100px;"> 医療機関の { <ul style="list-style-type: none"> 所在地 名称 医師の氏名 </div>	

M e m o