

大阪広域環境施設組合規則第18号

大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則の一部を改正する規則

大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則（平成27年規則第66号）の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分をこれに順次対応する改正後欄に掲げる規定の破線で囲んだ部分のように改める。

改正後	改正前
別表（第6条関係） ┌[表 別紙2 挿入]┐	別表（第6条関係） ┌[表 別紙1 挿入]┐
第1号様式（第4条関係） [様式 別紙4 挿入]	第1号様式（第4条関係） [様式 別紙3 挿入]
第2号様式（第12条関係） [様式 別紙6 挿入]	第2号様式（第12条関係） [様式 別紙5 挿入]
第3号様式（第12条関係） [様式 別紙8 挿入]	第3号様式（第12条関係） [様式 別紙7 挿入]
第4号様式（第12条関係） [様式 別紙10 挿入]	第4号様式（第12条関係） [様式 別紙9 挿入]
第4号様式の2（第12条関係） [様式 別紙12 挿入]	第4号様式の2（第12条関係） [様式 別紙11 挿入]
第5号様式（第12条関係） [様式 別紙14 挿入]	第5号様式（第12条関係） [様式 別紙13 挿入]
第5号様式の2（第12条関係） [様式 別紙16 挿入]	第5号様式の2（第12条関係） [様式 別紙15 挿入]
第5号様式の3（第12条関係） [様式 別紙18 挿入]	第5号様式の3（第12条関係） [様式 別紙17 挿入]
第6号様式（第12条関係） [様式 別紙20挿入]	第6号様式（第12条関係） [様式 別紙19 挿入]
第7号様式（第12条関係）	第7号様式（第12条関係）

<p>[様式 別紙22 挿入] 第8号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙24 挿入] 第9号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙26 挿入] 第10号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙28 挿入] 第11号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙30 挿入] 第12号様式 (第16条関係)</p> <p>[様式 別紙32 挿入] 第13号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙34 挿入] 第14号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙36 挿入] 第15号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙38 挿入]</p>	<p>[様式 別紙21 挿入] 第8号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙23 挿入] 第9号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙25 挿入] 第10号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙27 挿入] 第11号様式 (第12条関係)</p> <p>[様式 別紙29 挿入] 第12号様式 (第16条関係)</p> <p>[様式 別紙31 挿入] 第13号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙33 挿入] 第14号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙35 挿入] 第15号様式 (第19条関係)</p> <p>[様式 別紙37 挿入]</p>
備考 表中及び表中に挿入される別紙の[]の記載は注記である。	

附 則

- この規則は、公布の日から施行する。
- この規則による改正後の大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の期間に係る傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金（以下「年金たる補償」という。）に係る補償基礎額（大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例（平成27年条例第40号）第5条に規定する補償基礎額をいう。以下同じ。）及び同日以後に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額について適用し、同日前の期間に係る年金たる補償に係る補償基礎額及び同日前に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額については、なお従前の例による。
- この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則第1号様式から第15号様式までの規定による用紙は、この規則による改正後の大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則の規定にかかわらず、当分の間なおこれを使用することができる。

[別表（第6条関係） 別紙1]

年齢階層	最低限度額	最高限度額
20歳未満	5,081円	13,384円
20歳以上25歳未満	5,589円	13,384円
25歳以上30歳未満	6,164円	14,322円
30歳以上35歳未満	6,577円	17,163円
35歳以上40歳未満	6,854円	19,407円
40歳以上45歳未満	7,070円	21,601円
45歳以上50歳未満	7,208円	22,760円
50歳以上55歳未満	7,090円	25,308円
55歳以上60歳未満	6,583円	25,093円
60歳以上65歳未満	5,420円	20,870円
65歳以上70歳未満	3,970円	15,258円
70歳以上	3,970円	13,384円

[別表（第6条関係） 別紙2]

年齢階層	最低限度額	最高限度額
20歳未満	4,941円	12,957円
20歳以上25歳未満	5,436円	12,957円
25歳以上30歳未満	6,049円	13,985円
30歳以上35歳未満	6,272円	16,696円
35歳以上40歳未満	6,693円	19,689円
40歳以上45歳未満	7,049円	21,505円
45歳以上50歳未満	7,096円	22,898円
50歳以上55歳未満	6,994円	25,189円
55歳以上60歳未満	6,570円	25,319円
60歳以上65歳未満	5,473円	21,022円
65歳以上70歳未満	3,940円	16,117円
70歳以上	3,940円	12,957円

公務災害発生届
通勤災害

		認定番号	
実施機関の職及び氏名様		届出 年月日	年 月 日
次のとおり事故が発生しましたので届け ます。		届出者の 所属.....	
		住所.....	
		ふりがな	
		氏名印	
1 被災 職員 に関 する 事項	所属	職種	
	住所	氏名 年 月 日生(歳)	
2	災害発生 の日時	年月日(曜日) 時 分	3 災害発生 の場所
4	傷病名	5 傷病の部位及 びその程度	
6 災害発生の状況・原因			
7 添付する書類その他の資料名			

上記事故は 公務 による災害と認められるので届
通勤
けます。

決 裁	事務局長	部長	課長	係長	係員

実施機関記入欄	
受理	年 月 日
決定	年 月 日
公務上 通勤災害該当	公務外 非該当

公務災害発生届
通勤災害発生届

		認定番号	
実施機関の職及び氏名様		届出 年月日	年 月 日
次のとおり事故が発生しましたので届け ます。		届出者の 所 属..... 住 所.....	
		ふりがな 氏 名	
1 被災 職員 に関 する 事項	所属	職種	
	住所	氏名 年 月 日生(歳)	
2	災害発生 の 日 時	年 月 日(曜日)	3 災害発生 の 場 所
4	傷 病 名	5 傷病の部位及 びその程度	
6 災害発生の状況・原因			
7 添付する書類その他の資料名			

上記事故は 公務
通勤 による災害と認められるので届けます。

実施機関記入欄	
受理	年 月 日
決定	年 月 日
公務上 通勤災害該当	公務外 非該当

療 養 の 給 付 請 求 書		認定番号	
実施機関の職及び氏名様 次の指定医療機関等における療養の給付を請求します。	請求年月日 年 月 日		
	請求者の 住 所		
	ふりがな 氏名印		○
1 被災職員に関する事項	所属		
	職種		
	氏名		
	年 月 日生(歳)		
負傷又は発病の年月日			年 月 日
2 療養を受けようとする指定医療機関等	新	所在地	
		名 称	
	旧	所在地	
		名 称	
3 添付する書類その他の資料名			
※受理	年 月 日	※決定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給
[注意事項] 1 請求者は、※印の項には記入しないこと。 2 「2療養を受けようとする指定医療機関等」の項には、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。			

療養補償請求書

請求回数	第 回
認定番号	

実施機関の職及び氏名様 次の療養補償を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者の住所 ふりがな 氏名印

1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。 委任者の氏名印
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 受任者の住所..... ふりがな 氏名印

2 被災職員に関する事項	所属	職種
	氏名	
	年 月 日生 (歳) 負傷又は発病の年月日 年 月 日	

3 診療費	内訳は「10 医師の証明」項記載のとおり	円
4 看護料	訪問看護 内訳は「11 訪問看護事業者の証明」項記載のとおり 年 月 日から 年 月 日まで 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 日間	円
	(交通費) から まで <input type="checkbox"/> 片道 キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 回 (その他の移送費)	円
6 上記以外の療養費		円
7 療養補償請求金額		円
8 添付する書類その他の資料名		

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

※10 医師の証明									
傷病名		診療費の内訳						1点単位 円	
		項目内訳と記入欄							金額 (円)
傷病の経過	診察	初診							
		再診							
		往診							
		療養指導							
	注射 処置 手術 検査	投薬	内用	普通薬	(薬名及び使用量)				
			外用	特殊薬 (種類)					
		注射	(種類)	(回数等)					
		処置	(処置等)	(回数等)					
		手術	(手術名)	(回数等)(施行年月日) 年 月 日					
		検査	(検査名)	(回数等)					
レントゲン		透視診断	(フィルムの大きさ枚数等)						
	写真診断								
	撮影								
現在の状態 年 月 日	理学療法 その他	(療法名)	(回数等)						
<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医									
診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 日間 診療日数 日	入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで						
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類						
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無						
		寝具その他							
診療費の合計							円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日									

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

病院又は診療所の

所在地
名称
ふりがな
医師の氏名印

※11 訪問看護事業者の証明

傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
		主治医への直近報告年月日	年 月 日
	円 × 回 円	訪問日	
	准看護師		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管理療養費	初日 円 2回目以降 回 円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	
		情報提供先の市区町村名	
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日	円	(備考)
合計		円	

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
ふりがな
主治医氏名

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

訪問看護事業者の

所在地
名称
ふりがな
代表者氏名印

〔注意事項〕 請求者は、※印の項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。

療養補償請求書		請求回数	第 回
		認定番号	
実施機関の職及び氏名様		請求年月日 年 月 日	
次の療養補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏名	
1 補償費用の受領委任	この請求書による療養補償の費用の受領を.....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支払を請求します。 受任者の住所..... ふりがな 氏名		
2 被災職員に関する事項	所属	職種	
	氏名 年 月 日生 (歳)		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		
3 診療費	内訳は「10 医師の証明」項記載のとおり		円
4 看護料	訪問看護	内訳は「11 訪問看護事業者の証明」項記載のとおり	円
 から..... で..... 日間	看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円
5 移送費	(交通費) から.....まで <input type="checkbox"/> 片道 キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	(その他の移送費)		円
6 上記以外の療養費			円
7 療養補償請求金額			円
8 添付する書類その他の資料名			

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

※10 医師の証明										
傷病名		診療費の内訳						1点単位 円		
		項目内訳と記入欄							金額 (円)	
傷病の経過	診察	初診								
		再診								
		往診								
		療養指導								
	投薬	内用	普通薬		(薬名及び使用量)					
			特殊薬							
		外用	(種類)							
	注射	(種類)		(回数等)						
	処置	(処置等)		(回数等)						
	手術	(手術名)		(回数等)(施行年月日)						
検査	(検査名)		(回数等)							
レントゲン	透視診断		(フィルムの大きさ枚数等)							
	写真診断									
	撮影									
現在の状態 年 月 日		理学療法		(療法名)		(回数等)				
<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医		その他								
診療期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療日数 日		入院期間		年 月 日から		年 月 日まで				
		入院		看護		<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類				
				給食		<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無				
				寝具その他						
		診療費の合計						円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。										
年 月 日										

病院又は診療所の	{	所在地
		名称
		ふりがな
		医師の氏名

※11 訪問看護事業者の証明

傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
	円 × 回 円	主治医への直近報告年月日	年 月 日
		訪問日	
	准看護師		
	円 × 回 円	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
管理療養費	初日 円 2回目以降 回 円		
情報提供療養費	円	提供した情報の概要	
		情報提供先の市区町村名	
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日	(備考)	
合計	円		

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
ふりがな
主治医氏名

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

訪問看護事業者の	{	所在地
		名称
		ふりがな
		代表者氏名

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

休業補償請求書 休業援護金申請書		請求回数	第 回
		認定番号	
実施機関の職及び氏名様 次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。		請求(申請)年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏名印	
1 被災 職員 に関 する 事項	所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	補償基礎額 円	負傷又は発病の年月日 年 月 日	
2 請求日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日			
※3 事務 局長 の証 明	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属所在地 所属名称 事務局長氏名印		
4 休業補償 請求金額	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) $\text{円} \times \frac{60}{100} = \text{円} \rightarrow \text{円} \times = \text{円}$		
5 休業援護 金申請金 額	(補償基礎額) (請求日数) (4の休業補償請求金額) $\text{円} \times - \text{円} = \text{円}$		
※6 医師 の証 明	傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	勤務することができなかつたと認められる理由	
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 ふりがな 医師の氏名印		
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金 希望 の場 合	振 込 先		銀行 支店		※ 受 理	年 月 日	
	預 金 科 目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年 月 日	
	振込	口座番号			※ 支 払	年 月 日	
	口座	預金名義者			※ 決 定 金 額	休 業 補 償	円
					休 業 援 護 金	円	

[注意事項]

- 1 請求者は、※印の項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 請求日数」の項には、大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例第10条ただし書及び同条例施行規則第9条に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

休業補償請求書 休業援護金申請書		請求回数 第 回
		認定番号
実施機関の職及び氏名様 次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。		請求(申請)年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏名
1 被災 職員 に関 する 事項	所属	職種
	氏名 年 月 日生(歳)	
	補償基礎額 円	負傷又は発 病の年月日 年 月 日
2 請求日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日		
※3 事務 局長 の証 明	1及び2については、上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 所属所在地 所属名称 事務局長氏名	
4 休業補償 請求金額	(補償基礎額) (円未満切捨) (請求日数) $\text{円} \times \frac{60}{100} = \text{円} \rightarrow \text{円} \times = \text{円}$	
5 休業援護 金申請金 額	(補償基礎額) (請求日数) (4の休業補償請求金額) $\text{円} \times - \text{円} = \text{円}$	
※6 医師 の証 明	傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	勤務することができなかったと認められる理由
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名称 ふりがな 医師の氏名	
7 添付する書類その他の資料名		

8 送金 希望 の場 合	振 込 先		銀行	支店	※受理	年 月 日	
	預 金 科 目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日	
	振込	口座番号			※支払	年 月 日	
	口座	預金名義者			※決定 金額	休業補償	円
					休業援護金	円	

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の項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 請求日数」の項には、大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例第10条ただし書及び同条例施行規則第9条に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

傷病補償年金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様		請求年月日	年 月 日
次の傷病補償年金を請求します。		請求者の 住 所	
		ふりがな	
		氏名印	
被災 職員 に関 する 事項	1 所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日	年 月 日	傷病等級 該当年月日
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 傷病等級		第 級 号	
5 傷病補償年金請求金額		(年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
6 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/>の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金 希望 の場 合	振 込 先	銀行	支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金		※ 決 定	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 当座預金		※ 傷病等級	第 級 号
	振込 口座	口 座 番 号			※ 年金証明 の 番 号
預 金 名 義 者				※ 支給開始 年 月	年 月
				※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

傷病補償年金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様		請求年月日	年 月 日
次の傷病補償年金を請求します。		請求者の 住 所	
		ふりがな 氏 名	
被災 職員 に関 する 事項	1 所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日	年 月 日	傷病等級 該当年月日
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 傷病等級		第 級 号	
5 傷病補償年金請求金額		(年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
6 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/>の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金 希望 の場 合	振 込 先	銀行	支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年 月 日
		振 込 口 座 番 号			※ 傷病等級
	預 金 名 義 者				※ 年金証明 の 番 号
				※ 支給開始 年 月	年 月
				※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償年金請求書
一時金

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名		請求年月日 年 月 日	
.....様 次の障害補償を請求します。		請求者の 住 所 ----- ふりがな 氏 名	
被災 職員 に 関 する 事 項	1 所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は 発病の年 月日	年 月 日	治ゆ年月日 年 月 日
2 障害の部位及びその程度			
3 既存障害とその程度			
4 障 害 等 級		第 級 号	
5 障 害 補 償 請 求 金 額	年 金	(年金補償基礎額) (倍数) 円× = 円	
	一 時 金	(補償基礎額) (倍数) 円× = 円	
6 厚生年金保険法等 の適用		<input type="checkbox"/>の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
7 添付する書類その 他の資料名			

8 送金 希望 の 場 合	振 込 先	銀行 支店		※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年 月 日
		振込口座 番号			※ 支 払 (一時金の場合)
	預 金 名 義 者				※ 障 害 等 級
				※ 年 金 証 書 の 番 号	第 号
				※ 支 給 開 始 年 月	年 月
				※ 決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 年 金 円 <input type="checkbox"/> 一 時 金

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償年金差額一時金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名		請求年月日 年 月 日	
.....様		請求者の住所.....	
		ふりがな.....	
次の障害補償年金差額一時金を請求します。		死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係.....	
1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項	所属	職種	
	氏名		年 月 日生
	死亡年月日	年 月 日	年金証書の番号 第 号
	死亡時の障害等級	第 級 号	既存障害とその程度
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された年金の額の合計 円
			支給された前払一時金の額 円
	(補償基礎額) 乗ずべき数		支給された年金及び前払一時金の額の合計
		$\left(\text{円} \times \text{---} \right) \times \frac{1}{(\text{受給権者の数})} = \text{円}$	
3 障害補償年金差額一時金の請求金額		円	
4 添付する書類その他の資料名			

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

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償年金差額一時金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名		請求年月日 年 月 日	
.....様		請求者の住所.....	
次の障害補償年金差額一時金を請求します。		ふりがな 氏名 死亡した障害補償年金の受給権者と の続柄又は関係	
1 死亡した障害補償年金の受給権者に関する事項	所属	職種	
	氏名		年 月 日生
	死亡年月日	年 月 日	年金証書の番号 第 号
	死亡時の障害等級	第 級 号	既存障害とその程度
2 障害補償年金差額一時金請求金額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された年金の額の合計 円
			支給された前払一時金の額 円
	(補償基礎額) 乗ずべき数		支給された年金及び前払一時金の額の合計
		$\left(\text{円} \times \text{ - } \right) \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$	
3 障害補償年金差額一時金の請求金額		円	
4 添付する書類その他の資料名			

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

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名様		請求年月日 年 月 日	
次の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求者の 住 所 ふりがな 氏名印	
1 障 害 等 級	第 級 号		
2 既存障害とその程度			
3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
4 年金証書の番号	第 号		
5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで 円		
6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額	(1) 限度額を選択した場合 補償基 乗ずべ 礎額 き数 円× = 円	
	補償基礎額の <input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	に相 当す る額	(2) 限度額以外を選択した場合 合 補償基 (倍数) 礎額 円× = 円
	請求金額 円		
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金希望の場合	振 込 先	銀行 支店	※ 受 理	年 月 日	
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決 定	年 月 日	
	振込口座	口 座 番 号		※ 支 払	年 月 日
		預 金 名 義 者		※ 決 定 金 額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名様		請求年月日	年 月 日
次の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求者の 住 所 ふりがな 氏 名	
1 障 害 等 級	第 級 号		
2 既存障害とその程度			
3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
4 年金証書の番号	第 号		
5 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで 円		
6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額	(1) 限度額を選択した場合 補償基 乗ずべ 礎額 き数 円× = 円	
	<input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相 当す る額	(2) 限度額以外を選択した場合 補償基 (倍数) 礎額 円× = 円	
	請求金額		円
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金希望の場合	振 込 先	銀行 支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決 定	年 月 日
	振 込 口 座	口 座 番 号	※ 支 払	年 月 日
		預 金 名 義 者	※ 決 定 金 額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

障害補償変更請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様		請求年月日	年 月 日
次のとおり障害補償の変更を請求します。		請求者の年金 証書の番号	第.....号
		住 所
		ふりがな	
		氏 名 印	
1	現在受けている障害補償年金の障害等級	第.....級.....号	
2	現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	年 月	
3	障害の程度に変更があった年月日	年 月 日	
4	変更後の障害の部位及びその程度	(第.....級.....号)	
5	変更後の障害補償請求金額	年 金	(年金補償基礎額) (倍数) 円× = 円
		一 時 金	(補 償 基 礎 額) (倍数) 円× = 円
6	添付する書類その他の資料名		

※ 受 理	年 月 日	※ 変更後の障害等級	第.....級.....号
※ 決 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	※ 支給開始年月	年 月
		※ 決定金額	<input type="checkbox"/> 年金 円 <input type="checkbox"/> 一時金 円
※ 支 払 (一時金の場合)	年 月 日		

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。

障害補償変更請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様		請求年月日	年 月 日
次のとおり障害補償の変更を請求します。		請求者の年金 証書の番号	第.....号
		住 所
		ふりがな 氏 名
1	現在受けている障害補償年金の障害等級	第	級 号
2	現在受けている障害補償年金の支給が開始された年月	年	月
3	障害の程度に変更があった年月日	年	月 日
4	変更後の障害の部位及びその程度	(第 級 号)	
5	変更後の障害補償請求金額	年 金	(年金補償基礎額) (倍数) 円× = 円
		一 時 金	(補 償 基 礎 額) (倍数) 円× = 円
6	添付する書類その他の資料名		

※ 受 理	年 月 日	※ 変更後の 障害等級	第 級 号
※ 決 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	※ 支給開始 年 月	年 月
※ 支 払 (一時金の場合)	年 月 日	※ 決定金額	<input type="checkbox"/> 年 金 円 <input type="checkbox"/> 一 時 金 円

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。

遺族補償年金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 様 次のとおり遺族補償年金を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者(代表者) の住所 ふりがな 氏名印 死亡職員との続柄

1 死亡 職員 に関 する 事項	所属	職種
	氏名 年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日

2 請求の事由 職員の死亡 先順位者の失権 胎児であった子の出生 先順位者の所在不明

3 請求者 及び遺 族補償 年金を 受ける ことが できる 遺族	氏名	生年月日	年齢	住所	死亡職員との 続柄	備考

4 既に遺 族補償 年金を 受けて いる者	氏名	生年月日	年齢	住所	死亡職員との 続柄	備考

5 遺族補償年金 請求年額の計算	(年金補償基礎額) (乗すべき数) 円 × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}} =$ 円
------------------------	--

6 遺族補償年金 請求金額	受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合	
	代表者を選任した場合	(5の請求年額)(受給権者の数) 円 × = 円

7 厚生年金保険 法等の適用	<input type="checkbox"/> の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。
----------------------	---

8 添付する書類そ の他の資料名	
------------------------	--

9 送金希望の場合	振 込 先		銀行	支店	※ 受 理	年	月	日	
	預 金 科 目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年	月	日	
	振込口座	口 座				※ 年金証書の番号	第	号	
		番 号				※ 支給開始年月	年	月	
	預 金	名 義 者				※ 決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は 代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円		

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にはレ印を記入すること。

遺族補償年金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 様 次のとおり遺族補償年金を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者(代表者) の住所 ふりがな 氏名 死亡職員との続柄

1 死亡 職員 に関 する 事項	所属	職種
	氏名	年 月 日生(歳)
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日

2 請求の事由 職員の死亡 先順位者の失権 胎児であった子の出生 先順位者の所在不明

3 請求者 及び遺 族補償 年金を 受ける ことが できる 遺族	氏	名	生年月日	年齢	住	所	死亡職員との 続柄	備	考

4 既に遺 族補償 年金を 受けて いる者	氏	名	生年月日	年齢	住	所	死亡職員との 続柄	備	考

5 遺族補償年金 請求年額の計算	(年金補償基礎額) (乗すべき数) 円 × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円
------------------------	--

6 遺族補償年金 請求金額	受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合	
	代表者を選任した場合	(5の請求年額)(受給権者の数) 円 × = 円

7 厚生年金保険 法等の適用	<input type="checkbox"/> の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。
----------------------	---

8 添付する書類そ の他の資料名	
------------------------	--

9 送金希望の場合	振込先		銀行	支店	※ 受 理	年	月	日	
	預金科目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年	月	日	
	振込口座	口座番号				※ 年金証書の番号	第	号	
		預金名義者				※ 支給開始年月	年	月	
						※ 決 定 金 額	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は 代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円		

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にはレ印を記入すること。

遺族補償年金前払一時金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 様 次の遺族補償年金前払一時金を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者(代表者) の住所 ふりがな 氏名印 死亡職員 との続柄
1 遺族補償年金の支給 決定に関する通知を 受けた年月日	年 月 日
2 年金証書の番号	第 号
3 遺族補償年金前払一 時金の申出を行った 月までの期間に係る 遺族補償年金の額の 合計額	年 月 日から 年 月 日まで 円
4 代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合
5 請求者(代表者)が選 択する遺族補償年金 前払一時金請求金額 の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000倍 補償 <input type="checkbox"/> 800倍 に相 基礎 <input type="checkbox"/> 600倍 当す 額 <input type="checkbox"/> 400倍 る額 <input type="checkbox"/> 200倍
	(1) 請求金額 補償基 礎額 $\text{円} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$ (2) 請求金額の合計 (1)の 受給権 請求額 者の数 $\text{円} \times = \text{円}$
6 添付する書類その他 の資料名	

7 送金 希望 の場 合	振込先	銀行	支店	※ 受理	年 月 日	
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決定	年 月 日	
	振込口座	口座番号			※ 支払	年 月 日
		預金名義者			※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

遺族補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様 次の遺族補償年金前払一時金を請求します。	請求年月日 年 月 日		
	請求者(代表者) の住所 ふりがな 氏名 死亡職員 との続柄		
1 遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
2 年金証書の番号	第 号		
3 遺族補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る遺族補償年金の額の合計額	年 月 日から 年 月 日まで 円		
4 代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合		
5 請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000倍 補償 <input type="checkbox"/> 800倍 に相 基礎 <input type="checkbox"/> 600倍 当す 額の <input type="checkbox"/> 400倍 る額 <input type="checkbox"/> 200倍	(1) 請求金額 補償基 礎額 (倍数) $\text{円} \times \frac{1}{\text{受給権者の数}} = \text{円}$	
		(2) 請求金額の合計 (1)の 受給権 請求額 者の数 $\text{円} \times =$	
6 添付する書類その他の資料名			

7 送金 希望 の場 合	振込先	銀行 支店	※ 受理	年 月 日	
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決定	年 月 日	
	振込口座	口座番号		※ 支払	年 月 日
		預金名義者		※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

遺族補償一時金請求書

実施機関の職及び氏名 様		請求年月日 年 月 日	
		請求者の住所 ふりがな 氏名印 死亡職員との 続柄又は関係	
次の遺族補償一時金を請求します。			
1 死亡 職員 に関 する 事項	所属		職種
	氏名 年 月 日生(歳)		
	負傷又は発 病の年月日	年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日
2 遺族 補償 一時 金請 求金 額の 計算	受給権者 の氏名	生 年 月 日	年 齢
	死亡職員との 続柄又は関係		補償基 礎額 (支給率) 支給された年 金額の総計
			(円 × 400 × $\frac{\quad}{100}$ - 円)
			× $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ = 円
遺族補 償年金 が支給 されて いた場 合	遺族補 償年金	年金の受給権者で あった者の氏名	年金証書の番号
	が支給 されて いた場 合		第 号
	合		第 号
		総 計	第 号
3 遺族補償一時金請求金額		円	
4 添付する書類その他の資料名			

5 送金 希望 の場 合	振 込 先	銀行 支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※ 決 定	年 月 日
	振 込 口 座 番 号		※ 支 払	年 月 日
	預 金 名 義 者		※ 決 定 金 額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

遺族補償一時金請求書

実施機関の職及び氏名 様		請求年月日 年 月 日					
		請求者の住所					
次の遺族補償一時金を請求します。		ふりがな					
		氏 名					
		死亡職員との続柄又は関係					
1 死亡 職員 に関 する 事項	所属		職種				
	氏名						
	年 月 日生(歳)						
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		死 亡 年 月 日				
2 遺族 補償 一時 金請 求金 額の 計算	受給権者の氏名	生 年 月 日	年 齢	死亡職員との続柄又は関係	補償基 礎額	(支給率)	支給された年 金額の総計
					(円×400× $\frac{\quad}{100}$ - 円)		
					× $\frac{1}{\quad}$ =		円
					(受給権者の数)		
	遺族補償年金が支給されていた場合	年金の受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計			
			第 号	円			
			第 号	円			
			第 号	円			
			総 計	円			
3 遺族補償一時金請求金額		円					
4 添付する書類その他の資料名							

5 送金 希望 の場 合	振 込 先		銀行	支店	※ 受 理	年 月 日
	預 金 科 目		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決 定	年 月 日
	振込口座	口 座 番 号			※ 支 払	年 月 日
		預 金 名 義 者			※ 決 定 金 額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

葬 祭 補 償 請 求 書

認 定 番 号	
------------	--

実施機関の職及び氏名 様		請求年月日 年 月 日	
次の葬祭補償を請求します。		請求者の住所	
		フリがな 氏 名 印 ○	
		死亡職員との 続柄又は関係	
1 死亡 職員 に 関 する 事 項	所属	職種	
	氏名 年 月 日生(歳)		
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日	
2 葬 祭 補 償 請 求 金 額 の 計 算	(A) (補償基礎額) 315,000円 + 円 × 30 = 円		
	(B) (補償基礎額) 円 × 60 = 円		
	(C) (A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)		
3	葬 祭 補 償 請 求 金 額	円	
4	添付する書類そ の他の資料名		

5 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行 支店	※受理	年 月 日
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日
	振 込 口 座 番 号	口 座	※支払	年 月 日
		預 金 名 義 者	※決定 金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

葬 祭 補 償 請 求 書

認 定 番 号	
------------	--

実施機関の職及び氏名様		請求年月日 年 月 日	
次の葬祭補償を請求します。		請求者の住所	
		<table border="1"> <tr> <td>ふり が な</td> </tr> <tr> <td>氏 名</td> </tr> </table>	
ふり が な			
氏 名			
		死亡職員との 続柄又は関係	
1 死亡 職員 に 関 する 事 項	所属	職種	
	氏名		
	年 月 日生(歳)		
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日	
2 葬 祭 補 償 請 求 金 額 の 計 算	(A) (補償基礎額)		
	315,000円+ 円×30= 円		
	(B) (補償基礎額)		
	円×60= 円		
	(C) (A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)		
3	葬 祭 補 償 請 求 金 額	円	
4	添付する書類そ の他の資料名		

5 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預 科 金 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日
	振 込 口 座 番 号			※支払	年 月 日
		預 金 名 義 者			※決定 金額

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

未支給の補償請求書

実施機関の職及び氏名 様		請求年月日 年 月 日
次の未支給の補償の支給を請求します。		請求者の住所
		ふりがな 氏 名 印
		死亡した受給 権者との続柄
1 死亡した 受給権者	氏 名	
	死 亡 年 月 日	年 月 日
2 未支給の補 償	種 類	[年金たる補償のとき] は年金証書の番号] 第 号
	請求金額	円
3 添付する書類その他 の 資 料 名		

4 送金希望の場合	振 込 先	銀行 支店	※受理	年 月 日	
	預 科 金 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日	
	振込口座	口 座 番 号		※支払	年 月 日
		預 金 名 義 者		※決定 金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

未支給の補償請求書

実施機関の職及び氏名 様		請求年月日 年 月 日
次の未支給の補償の支給を請求します。		請求者の住所
		ふりがな 氏 名
		死亡した受給 権者との続柄
1 死亡した 受給権者	氏 名	
	死 亡 年 月 日	年 月 日
2 未支給の補 償	種 類	{年金たる補償のとき} {は年金証書の番号} 第 号
	請求金額	円
3 添付する書類その他 の 資 料 名		

4 送金希望の 場合	振 込 先	銀行 支店	※受理	年 月 日	
	預 科 金 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※決定	年 月 日	
	振込口座	口 座 番 号		※支払	年 月 日
		預 金 名 義 者		※決定 金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項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。

(表)

	第 号
	年 金 証 書

(裏)

受給権者の氏名 _____	
生年月日 _____ 年 月 日	
補 償 の 種 類 _____ 補償年金 (第 級)	
年 金 の 額 _____ 円	
支給開始年月 _____ 年 月	
大阪広域環境施設組合非常勤職員公務 災害等補償条例の規定により上記のとおり 支給します。	
年 月 日	
(実施機関名) _____	印

(表)

	第 号
	年 金 証 書

(裏)

受給権者の氏名 _____	
生年月日 _____ 年 月 日	
補 償 の 種 類 _____ 補償年金 (第 級)	
年 金 の 額 _____ 円	
支給開始年月 _____ 年 月	
大阪広域環境施設組合非常勤職員公務 災害等補償条例の規定により上記のとおり 支給します。	
年 月 日	
(実施機関名)	

傷病の現況報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名様 次のとおり傷病の現状を報告します。 年 月 日 報告者の住所..... ふりがな 氏 名 印.....						
1	年金証書の番号	第 号				
2	傷病補償年金の支給開始年月	年 月				
3	傷病等級	第 級 号				
4	傷病の状況					
5	日常生活の概要					
6	公的年金の受給関係	年金の種類 障害等級	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
			円	第 号	年 月	
			円	第 号	年 月	
7	添付する書類その他の資料名					

※ 支給 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、※印の項には記入しないこと。
- 3 「4 傷病の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※ 8 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

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地
医療機関の 名 称

ふりがな
医師の氏名印



傷病の現況報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名

.....様

次のとおり傷病の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所.....

ふりがな

氏名

1	年金証書の番号	第	号
2	傷病補償年金の支給開始年月	年	月
3	傷病等級	第	級 号
4	傷病の状況		
5	日常生活の概要		
6	年金の種類 障害等級	年金の年額	年金証書の記号番号
	公的年金の受給関係	円	第 号
		円	第 号
7	添付する書類その他の資料名		

※ 支給 支給停止(免責)

[注意事項]

- この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 「4 傷病の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※8 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

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地
医療機関の名称

ふりがな
医師の氏名

障 害 の 現 況 報 告 書

認 定 番 号	
------------	--

実施機関の職及び氏名

.....様

次のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな	
氏 名 印	

1	年金証書の番号	第 号			
2	治 ゆ 年 月 日	年 月 日			
3	障 害 等 級	第 級 号			
4	障害の状況				
5	日常生活の概要				
6	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
	障害等級				
	公的年金の受給関係				
	円	第 号	年 月		
	円	第 号	年 月		
7	添付する書類その他の資料名				

※支給 支給停止(免責)

〔注意事項〕

- この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 「4 身体障害の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※8 医師の証明（器質的障害のみの場合は、この項の記入は必要ありません。）

(1) 身体障害の種類

(2) 身体障害の現状

(3) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地
医療機関の名称

ふりがな
医師の氏名印



障害の現況報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名

.....様

次のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住所

ふりがな

氏 名

1	年金証書の番号	第 号			
2	治 ゆ 年 月 日	年 月 日			
3	障 害 等 級	第 級 号			
4	障害の状況				
5	日常生活の概要				
6	年金の種類 障害 等級	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
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
7	添付する書類その他の資料名				

※支給 支給停止(免責)

[注意事項]

- この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 「4 身体障害の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※8 医師の証明（器質的障害のみの場合は、この項の記入は必要ありません。）

(1) 身体障害の種類

(2) 身体障害の現状

(3) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

所在地
医療機関の 名 称

ふりがな

医師の氏名

遺族の現状報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名
.....様

次のとおり遺族の現状を報告します。

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
ふりがな
氏 名 印

1 死亡職員の氏名		(死亡年月日 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 けること ができる 遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員 との続柄	障害の 有無
					有・ 無
3 公的年金 の受給関 係	年金の種類 障害等級	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
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
4 添付する書類その他の資料名					

※□支給 □支給停止 { □免責 □遺族補償年金前払一時金
□所在不明 }

[注意事項]

- この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 「障害の有無」の欄には、該当する箇所を○で囲むこと。
- この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
 - 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
 - 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類
 - 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、傷害の状態にある者については、その傷害の状態に関する医師の診断書

遺族の現状報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名
.....様

次のとおり遺族の現状を報告します。

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
ふりがな
氏 名

1 死亡職員の氏名		(死亡年月日 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 けること ができる 遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員 との続柄	障害の 有無
					有・ 無
3 公的年金 の受給関 係	年金の種類 障害第 等級	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
		円 第 号	第 号	年 月	
		円 第 号	第 号	年 月	
4 添付する書類その他の 資料名					
<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金前払一時金 <input type="checkbox"/> 所在不明					

[注意事項]

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 2 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 3 「障害の有無」の欄には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
 - (1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けすることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関する市区町村長の発行する証明書
 - (2) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けすることができる遺族については、その事実を証明することができる書類
 - (3) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けすることができる遺族のうち、傷害の状態にある者については、その傷害の状態に関する医師の診断書