

消防基金規程第四号

支払請求書の様式等に関する規程の一部を改正する規程を次のように定める。

平成二十八年三月三十一日

消防団員等公務災害補償等共済基金

理事長 藤原忠彦

支払請求書の様式等に関する規程の一部を改正する規程

支払請求書の様式等に関する規程（昭和四十九年消防基金規程第三号）の一部を次のように改正する。

別記様式第三号の注意事項の七の（五）中「花火大会の警戒等」を「イベントへの参加等」に改め、「による場合には」の下に「（防火啓発を目的とした場合を除く。）」を加える。

別記様式第四号の一号紙中

| 摘 | | 要 | |
|-------------|---|-----------------------|--|
| | | | |
| 付 添 看 護 関 係 | | | |
| 看護の 種類 | <input type="checkbox"/> 普通看護 <input type="checkbox"/> 泊込看護 <input type="checkbox"/> 徹夜看護 | 左記の看護 を必要とし た理由 | |

を

| 摘 | | 要 | |
|---------------------------|---|---------------------------|--|
| | | | |
| 治療用装具を 必要と認めた ことの有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 治療用装具の種類 | |
| 付 添 看 護 関 係 | | | |
| 看護の 種類 | <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 普通看護 <input type="checkbox"/> 泊込看護 | 左記の看護 を必要 とした理 由 | |

に改

め、注意事項の三の次に次のように加える。

四 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令第十四条第二十号）。

別記様式第四号の二号紙を次のように改める。

診療費請求明細書(歯科用)

氏名

傷病名部位, 診療開始日, 診療期間, 転帰

診療の内容

初診, 再診, 時間外, 休日, 深夜, その他

管理・リハ, 歯管, 義管, 実地指, 歯リハ1, 歯リハ2, その他

投薬・注射, 内・屯・外・注, 調, 処方, 情, 処, 注

X線検査, 全額, 標, パ, 写, S培, EMR, P混検, 顎運動, 平測, P部検, 基本検査, 精密検査, その他

処置・手術, う蝕, 保護処置, 根, 加圧根, 生切, 除, F局, T. cond, 歯清, 去, SC, Pcur, 拔牙

麻酔, 伝麻, 浸麻, その他

補診, 維持管理, 印象, 歯冠形成, 前接C, 金ジ, 前C, 失活金ジ, 窩洞, 充形, 咬合, 試適, 乳, 修形, 支台築造

歯冠修復及び欠損補綴, 乳前小銀, 前小バ, 前小二, 大バ, 大銀, 大二, 14K, ホンテック, 前装

有床義歯, 1~4歯, 5~8歯, 9~11歯, 12~14歯, 総義歯, 床適合, 铸造鉤, 腕大, 腕小, 腕大小, 腕前

その他, 摘要, (合計), (合計)

Table with columns for calculation of fees (診療報酬点数表) and insurance status (健康保険等).

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関の 所在地 名称 医師の氏名

【注意事項】 1 ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。 2 「イ 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(文書料等)を記入すること。 3 この診療費請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した医師の証明書(診療報酬明細書)を添付してもよいこと。 4 消防組織法等に基づく療養に要する費用(診療費、文書料、治療材料費等)では、消費税が非課税であること(消費税法施行令第14条第20号)。

別記様式第四号の三号紙の注意事項の二及び同四号紙の注意事項の二の次に次のように加える。

三 消防組織法等に基づく療養に要する費用（診療費、文書料、治療材料費等）では、消費税が非課税であること（消費税法施行令

第十四条第二十号）。

別記様式第六号の二の二号紙を次のように改める。

変更後の障害の程度に関する証明書

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--|----------------|-----------------------|-----------------------|---|-------------|-----------|---|----|---|----|
| 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 () 歳 | | | | | | | |
| 災害発生日 | 年 月 日 | | 障害の程度に変更のあった年月 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 傷病名 | (初診時の症状及び経過) | | | 既存障害 | (部位・程度・状況等) | | | | | | | |
| 残存障害の内容 | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は自覚症状 | | | | | | | | | | | | |
| 他覚検査結果及び | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | |
| 眼球の障害 | 視力 | | 調節機能 | | 視野狭窄 (8方向) | | | | | | | |
| | 裸眼 | 矯正 | 近点・遠点・屈折力等 | 調節力 | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 |
| | 左 | | | () D | | | | | | | | |
| | 右 | | | () D | | | | | | | | |
| | 眼動障害 | 1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる | | 2 注の視広野さ | 左 右 両眼 | | | | | | | |
| まぶたの障害 | ※まぶた・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | |
| 聴力介の障害欠損 | 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 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | 最良明瞭度 % | 大 声 話 語 | 不能 | 接耳 () cmにて | 可能 () 可能 | | | | |
| | 右 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | 最良明瞭度 % | 大 声 話 語 | 不能 | 接耳 () cmにて | 可能 () 可能 | | | | |
| | ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | |
| 鼻の障害 | ※鼻軟骨の欠損程度 全部・大部分・一部分 | | | ※鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について) | | | | | | | | |
| 言語機能 | ※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ()] 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他… | | | | 外 歯 齧 牙 の 欠 損 障 害 又 は | 醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等 | | | | | | |
| そしゃくの障害 | ※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつてそしゃくが充分でないもの | | | | | | | | | | | |

| 種類 | 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------|---|-----|---|------------|---|---|----|---|--|--|
| 精神（生殖器・神経・泌尿器・胸腹部臓器）の障害 | (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ください) | | | | | | | | | | | |
| せき（奇形）の變形及び害 | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎 | 前屈 | 度 | 後屈 | 度 | コルセット用装の種類 | 有（一時的・恒久的）・無 | | | | | |
| | ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他（ ） | 左屈 | | 右屈 | | コルセットの種類 | | | | | | |
| | | 左回旋 | | 右回旋 | | その他 | | | | | | |
| 下肢の短縮 | 左下肢長 cm | 短縮の原因 | | | | 体幹骨長管骨の變形 | ※部位 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 | | | | | |
| | 右下肢長 cm | | | | | | | | | | | |
| 上・下肢の機能障害（手指・足指を含む） | 関節運動部位種類 | 自動 | | 他動 | | 関節運動部位種類 | 自動 | | 他動 | | | |
| | | 左 | 右 | 左 | 右 | | 左 | 右 | 左 | 右 | | |
| | | 度 | 度 | 度 | 度 | | 度 | 度 | 度 | 度 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |
| 予後の見 | (機能回復の見込み、その他参考所見) | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 名称 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</p> | | | | | | | | | | | | |

〔注意事項〕

- 1 該当事項に○をつけ必要事項を記入すること。
- 2 ※印欄については、空欄への記載や諸検査成績等の添付を利用し図示又は説明すること。
- 3 聴力障害・視野障害については、オージオグラム・視野表を添付すること。
- 4 日常生活の状況を把握する必要がある障害については、当該状況の申立書や調査結果表等を添付すること。
- 5 この証明書に記入欄のない障害については、この証明書への記入に代えて、医学的資料（医師の証明書、諸検査成績等）を添付してもよいこと。

別記様式第七号の二号紙を次のように改める。

障害の程度に関する証明書

| | | | | | | | | | | | | |
|------------|--|--|------------|-----------------------|---------------|---|------------|-------------|-----------|----|---|----|
| 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 () 歳 | | | | | | | |
| 災害発生日 | 年 月 日 | | 治ゆ又は症状固定日 | | 年 月 日 | | 治ゆ 症状固定 | | | | | |
| 入院期間 | 年 月 日から () 日間 | | 通院期間 | | 年 月 日から () 日 | | 実治療日数 | | | | | |
| 傷病名 | (初診時の症状及び経過) | | | 既存障害 | (部位・程度・状況等) | | | | | | | |
| 残存障害の内容 | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は他覚検査結果 | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | |
| 眼球の障害 | 視力 | | 調節機能 | | 視野狭窄 (8方向) | | | | | | | |
| | 裸眼 | 矯正 | 近点・遠点・屈折力等 | 調節力 | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 |
| | 左 | | | () D | | | | | | | | |
| | 右 | | | () D | | | | | | | | |
| | 眼球障害 | 1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる | | 2 注の視広野さ | 左 右 両眼 | | | | | | | |
| まぶたの障害 | ※まぶた・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | |
| 聴力の障害 | オージ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 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | 最良明瞭度 | % 大 声 話 声 語 | | 不能 | 接耳 () cmにて | 可能 () 可能 | | | |
| | 右 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | 最良明瞭度 | % 大 声 話 声 語 | | 不能 | 接耳 () cmにて | 可能 () 可能 | | | |
| | と損 | ※耳鳴の有無及びその程度 | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | |
| 鼻の障害 | ※鼻軟骨の欠損程度 全部・大部分・一部分 | | | ※鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について) | | | | | | | | |
| 言語機能 | ※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ()] 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他… | | | | 外歯の欠損障害又は齶状痕 | (齶状痕の部位、長さ、大きさ、齶状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等) | | | | | | |
| そしゃくの障害 | ※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつてそしゃくが充分でないもの | | | | | | | | | | | |

| 種類 | 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|----------|-------|-----|---|----------|-------------------|---|---|---|---|---|--|
| 精神・生殖器・神経・泌尿器・胸腹部臓器の障害 | (障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度) | | | | | | | | | | | | |
| 切断・知覚 | (障害の程度を図示又は説明してください) | | | | | | | | | | | | |
| せ(運(奇(動(障(及(形(変(び(害(| ※部位…頸椎・胸椎・腰椎 | 前屈 | 度 | 後屈 | 度 | コルセット用 | 有(一時的・恒久的)・無 | | | | | | |
| | ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他() | 左屈 | | 右屈 | | コルセットの種類 | | | | | | | |
| | | 左回旋 | | 右回旋 | | その他 | | | | | | | |
| 下(肢(の(縮(| 左下肢長 | cm | 短縮の原因 | | | | 体幹骨 長管骨 の変形 | ※部位 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 | | | | | |
| | 右下肢長 | cm | | | | | | | | | | | |
| 上(手(指(・(足(指(を(含(む(| 関(節(運(動(部(位(種(類(| 自(動(他(動(| 左 | | 右 | | 関(節(運(動(部(位(種(類(| 自(動(他(動(| | 左 | | 右 | |
| | | | 度 | 度 | 度 | 度 | | 度 | 度 | 度 | 度 | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| 予(後(の(見(| (機能回復の見込み、その他参考所見) | | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 名称 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | |

[注意事項]

- 1 該当事項に○をつけ必要事項を記入すること。
- 2 ※印欄については、空欄への記載や諸検査成績等の添付を利用し図示又は説明すること。
- 3 聴力障害・視野障害については、オージオグラム・視野表を添付すること。
- 4 日常生活の状況を把握する必要がある障害については、当該状況の申立書や調査結果表等を添付すること。
- 5 この証明書に記入欄のない障害については、この証明書への記入に代えて、医学的資料(医師の証明書、諸検査成績等)を添付してもよいこと。

別記様式第七号の二の二号紙を次のように改める。

変更後の障害の程度に関する証明書

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|-----------------------|--------------------|--|---|------------|-------------------|---|----|---|----|
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 () | 歳 | | | | | |
| 災害発生日 | 年 月 日 | 治ゆ又は症状固定日 | | 年 | 月 | 日 | 治ゆ 症状固定 | | | | | |
| 障害の程度に変更のあった年月 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 傷病名 | (初診時の症状及び経過) | | | 既存障害 | (部位・程度・状況等) | | | | | | | |
| 残 存 障 害 の 内 容 | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は他覚症状及び種類 | 残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容 | | | | | | | | | | | |
| 眼 球 の 障 害 | 視 力 | | 調 節 機 能 | | 視 野 狭 窄 (8方向) | | | | | | | |
| | 裸眼 | 矯 正 | 近点・遠点・屈折力等 | 調 節 力 | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 |
| | 左 | | | () D | | | | | | | | |
| | 右 | | | () D | | | | | | | | |
| | 眼動 球障 害運 | 1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる | | 2 注視の 視野の 広さ | 左 右 両眼 | | | | | | | |
| まぶたの障害 | ※まぶた・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | |
| 聴 力 介 障 の 害 欠 損 | オージ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 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | | 最良明瞭度 % | 大 声 話 声 語 | 不能 | 接耳 () cmにて 可能 | | | | |
| | 右 | $\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$ | | | 最良明瞭度 % | 大 声 話 声 語 | 不能 | 接耳 () cmにて 可能 | | | | |
| | ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | |
| 鼻の害 | ※鼻軟骨の欠損程度 全部 ・ 大部分 ・ 一部分 | | ※鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について) | | | | | | | | | |
| 言語機能 | ※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ()] 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他… | | | | 外 歯 の 欠 損 障 害 又 は 醜 状 痕 | (醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等) | | | | | | |
| そしゃくの障害 | ※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつてそしゃくが充分でないもの | | | | | | | | | | | |

| 種類 | 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------|---|-----|---|-----------|---|---|-----|---|--|--|
| 精神・生殖器・神経・泌尿器・胸腹部臓器の障害 | (障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度) | | | | | | | | | | | |
| 切断・知覚 | (障害の程度を図示又は説明してください) | | | | | | | | | | | |
| せき奇形の変及び害 | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎 | 前屈 | 度 | 後屈 | 度 | コルセット用装 | 有(一時的・恒久的)・無 | | | | | |
| | ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他() | 左屈 | | 右屈 | | コルセットの種類 | | | | | | |
| | | 左回旋 | | 右回旋 | | その他 | | | | | | |
| 下肢の短縮 | 左下肢長 cm | 短縮の原因 | | | | 体幹骨長管骨の変形 | ※部位 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 | | | | | |
| | 右下肢長 cm | | | | | | | | | | | |
| 上・下肢の機能障害(手指・足指を含む) | 関節運動部位種類 | 自 動 | | 他 動 | | 関節運動部位種類 | 自 動 | | 他 動 | | | |
| | | 左 | 右 | 左 | 右 | | 左 | 右 | 左 | 右 | | |
| | | 度 | 度 | 度 | 度 | | 度 | 度 | 度 | 度 | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |
| 予後の見 | (機能回復の見込み、その他参考所見) | | | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 名称 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</p> | | | | | | | | | | | | |

[注意事項]

- 1 該当事項に○をつけ必要事項を記入すること。
- 2 ※印欄については、空欄への記載や諸検査成績等の添付を利用し図示又は説明すること。
- 3 聴力障害・視野障害については、オーディオグラム・視野表を添付すること。
- 4 日常生活の状況を把握する必要がある障害については、当該状況の申立書や調査結果表等を添付すること。
- 5 この証明書に記入欄のない障害については、この証明書への記入に代えて、医学的資料(医師の証明書、諸検査成績等)を添付してもよいこと。

別記様式第十四号の二中

| | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------|
| 非常勤消防団員等の氏名 ^{ふりがな} | | 事故発生日 | 年 月 日 |
| | | 療養開始日 | 年 月 日 |
| 傷病等級 | 第 級 | | |

を

| | | | |
|-----------------------------|--|---------|-------|
| 非常勤消防団員等の氏名 ^{ふりがな} | | 事故発生日 | 年 月 日 |
| | | 療養開始日 | 年 月 日 |
| 住 所 | | 傷 病 等 級 | 第 級 号 |

に改める。

別記様式第十五号中

| | | | |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| 非常勤消防団員等の氏名 <small>ふりがな</small> | | 事故発生日 | 年 月 日 |
| 治ゆ年月日 | 年 月 日 | 障害等級 | 第 級 号 |

を

| | | | |
|---------------------------------|--|-------|-------|
| 非常勤消防団員等の氏名 <small>ふりがな</small> | | 事故発生日 | 年 月 日 |
| | | 治ゆ年月日 | 年 月 日 |
| 住所 | | 障害等級 | 第 級 号 |

に改める。

附 則

この規程は、平成二十八年四月一日から施行する。