

○ 支払請求書の様式等に関する規程（昭和 49 年 7 月 16 日基金規程第 3 号）新旧対照表

（傍線部分は改正部分（様式の全部改正を除く））

改正後				改正前			
別記様式第 3 号				別記様式第 3 号			
[注意事項]				[注意事項]			
7 (略)				7 (略)			
(5) 非常勤消防団員の事故が水火災その他の災害に係る本来の任務以外の祭礼、 <u>イベントへの参加等による場合（防火啓発を目的とした場合を除く。）</u> には、消防団長の出動命令書				(5) 非常勤消防団員の事故が水火災その他の災害に係る本来の任務以外の祭礼、 <u>花火大会の警戒等</u> による場合には、消防団長の出動命令書			
別記様式第 4 号				別記様式第 4 号			
1 号紙				1 号紙			
摘		要		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				付 添 看 護 関 係			
看護の種類	<input type="checkbox"/> 看護師	左記の看護を必要とした理由		看護の種類	<input type="checkbox"/> 普通看護	左記の看護を必要とした理由	
	<input type="checkbox"/> 准看護師				<input type="checkbox"/> 泊込看護		
	<input type="checkbox"/> 看護補助者				<input type="checkbox"/> 徹夜看護		
	<input type="checkbox"/> 普通看護						
<input type="checkbox"/> 泊込看護							
[注意事項]				[注意事項]			
4 <u>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）。</u>							

診療費請求明細書(歯科用)

氏名		診療開始日		年 月 日	
診療期間		年 月 日から		診療 日数	
転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医			
診療の内容及び検査					
初診	時間外	休日	深夜	その他	点
再診	時間外	休日	深夜	その他	点
管理・リハ	歯管	根管	実地指	歯リハ1	歯リハ2
投薬・注射	内・電・外・注	調	×	処方	×
X線検査	全顎	×	×	×	×
パ	×	×	×	×	×
処置	抜	×	×	×	×
手術	SC	×	×	×	×
麻酔	伝麻	×	×	×	×
歯冠修復	前小	×	×	×	×
欠損補綴	前大	×	×	×	×
その他					(合計)
ア	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
イ	診療報酬点数表により計算できないもの	(文書料等)	円	円	円
診療費請求合計額(ア+イ)	円	円	円	円	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 所在地 医療機関の 名称 医師の氏名					

- [注意事項]
- ※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。
  - 「イ」診療報酬点数表により計算できないもの欄には、金額及びその明細(文書料等)を記入すること。
  - 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。
  - 消費税法等に基づく療養に関する費用(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)。

診療費請求明細書(歯科用)

氏名		診療開始日		年 月 日	
診療期間		年 月 日から		診療 日数	
転帰		<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医			
診療の内容及び検査					
初診	時間外	休日	深夜	乳	障
再診	時間外	休日	深夜	乳	障
投薬・注射	内・電・外・注	調	×	処方	×
X線検査	全顎	×	×	×	×
処置	抜	×	×	×	×
手術	SRP	×	×	×	×
麻酔	伝麻	×	×	×	×
歯冠修復	前小	×	×	×	×
欠損補綴	前大	×	×	×	×
その他					(合計)
ア	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
イ	診療報酬点数表により計算できないもの	(文書料等)	円	円	円
診療費請求合計額(ア+イ)	円	円	円	円	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 所在地 医療機関の 名称 医師の氏名					

- [注意事項]
- ※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。
  - 「イ」診療報酬点数表により計算できないもの欄には、金額及びその明細(文書料等)を記入すること。
  - 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。

3号紙

[注意事項]

3 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）。

4号紙

[注意事項]

3 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）。

3号紙

[注意事項]

4号紙

[注意事項]

別記様式第6号の2

2号紙

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												
主訴又は他覚症状												
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											
聴耳介の障害	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	$a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db$			最良明瞭度	大 声	接耳	$( ) cm$ にて			可能	
	右	$a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db$			最良明瞭度	大 声	接耳	$( ) cm$ にて			可能	
と損	※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 歯牙の欠損状況又は				齶状態の部位、長さ、大きさ、齶状態等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等			
そしゃく機能の障害	※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、これに制限があってそしゃくが充分でないもの											

別記様式第6号の2

2号紙

変更後の障害の程度に関する証明書

変更後の障害の程度に関する証明書	
(非常勤消防団員等の氏名)	
明・大・昭 年 月 日生 男・女 殿	
傷病名	傷病の部位
障害の程度に変更のあった年月	年 月 日
自主覚訴症及び状び	
他覚症状及び諸検査成績	
総合意見	以上により変更後の障害の程度は、非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令別表第一の傷病等級の第 級 号 (部位 ) に相当するものと考えます。
見	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 医師の氏名 } 消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿

種類		残存障害の程度及び内容															
精神・生殖器・泌尿器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)																
	(障害の程度を図示又は説明してください)																
等切断・知覚	(障害の程度を図示又は説明してください)																
せき奇形の変及び書	※部位…頸椎・胸椎・腰椎	前屈	度	後屈	度	コルセットの有	(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・下肢の機能障害	関節運動	自 動		他 動		関節運動の種類	自 動		他 動								
	部位種類	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)																
	上記のとおりであることを証明します。 年 月 日 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>医療機関の</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td>医師氏名</td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <small>消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</small> </div>												}	所在地	医療機関の	}	医師氏名
}	所在地																
	医療機関の																
}	医師氏名																

[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、オーゾグラム・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7号

2号紙

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 ( ) 日間 実治療日数 ( ) 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
	裸眼	矯正	近点・遠点・屈折力等
			調節力
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 左 右 両眼
まぶたの障害	※まぶた・まつ毛の欠損、運動障害		
聴力障害	オーディオメーター検査成績		語音明瞭度検査
	左	$\frac{a( )+2b( )+2c( )+d( )}{6} = [ ]$ db	最良明瞭度 大 声 接耳 ( ) cmにて % 話 声 語 不能 可能 ( ) 可能
	右	$\frac{a( )+2b( )+2c( )+d( )}{6} = [ ]$ db	最良明瞭度 大 声 接耳 ( ) cmにて % 話 声 語 不能 可能 ( ) 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…	齶状態の部位、長さ、大きさ、齶状態等 歯牙欠損の歯列程度、補てつ方法等	
そしゃく機能の障害	※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、これに制限があってそしゃくが充分でないもの	外 歯牙の欠損障害又は	

別記様式第7号

2号紙

障害の程度に関する証明書

障害の程度に関する証明書 (非常勤消防団員等の氏名) 明・大・昭 年 月 日生 男・女 殿	
傷病名	傷病の部位
自主訴状及び 他覚検査成績	
総合意見	以上により、障害の程度は、非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令別表第二の障害等級の 第 級 号 (部位 ) 第 級 号 (部位 ) 第 級 号 (部位 ) に相当するものと考えます。
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 医師の氏名 } 消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	

種類														残存障害の程度及び内容																		
精神・生殖器・泌尿器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)																															
	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
等切断・知覚	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
せき奇形の変及び書	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前屈		度		後屈		度		コルセットの有		(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		左回旋		右回旋		コルセットの種類		その他																			
			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・下肢の機能障害	関節運動		自		動		他		動		関節運動		自		動		他		動													
	部位種類		左		右		左		右		部位種類		左		右		左		右													
			度		度		度		度				度		度		度		度													
備考																																
(機能回復の見込み、その他参考所見)																																
予後の見																																
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 医師氏名 } 消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿																																

[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、オーゾグラム・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7号の2

2号紙

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
	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 注視の の広さ 野	左 右 両眼							
まぶたの障害	※まぶた・まつ毛の欠損、運動障害										
聴力障害	左	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						
		$a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db$	最良明瞭度	大 声 接耳 ( ) cmにて % 語 声 語 不能 可能 ( ) 可 能							
	右	$a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db$	最良明瞭度	大 声 接耳 ( ) cmにて % 語 声 語 不能 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)								
言語機能障害	※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 齧状又は	齧状痕の部位、長さ、大きさ、齧状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等						
その他障害	※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、これに制限があって そしゃくが充分でないもの										

別記様式第7号の2

2号紙

変更後の障害の程度に関する証明書

(非常勤消防団員等の氏名)	
殿 明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 生 男 ・ 女	
傷病名	傷病の部位
障害の程度に変更のあった年月	年 月 日
自主 覚訴 症及 状び	
他覚 症 状 及 び 諸 検 査 成 績	
總 合 意 見	以上により、変更後の障害の程度は、非常勤消防団員等に係る損害補償の支給等に関する省令別表第二の障害等級の 第 級 号 (部位 ) 第 級 号 (部位 ) 第 級 号 (部位 ) に相当するものと考えます。
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 医師の氏名 } 消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	



種類														残存障害の程度及び内容																		
精神・生殖器・泌尿器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)																															
	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
等切斯・知覚	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
	(障害の程度を図示又は説明してください)																															
せき奇形の変及び書	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前屈		度		後屈		度		コルセットの有		(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		左回旋		右回旋		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・下肢の機能障害	関節運動		自		動		他		動		関節運動		自		動		他		動													
	部位種類		左		右		左		右		部位種類		左		右		左		右													
			度		度		度		度				度		度		度		度													
備考																																
(機能回復の見込み、その他参考所見)																																
予後の見																																
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 医師氏名 } 消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿																																

- [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、オーゾグラム・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 14 号の 2

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
		療養開始日	年 月 日
住所		傷病等級	第 級 号

別記様式第 15 号

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

別記様式第 14 号の 2

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
		療養開始日	年 月 日
傷病等級	第 級		

別記様式第 15 号

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
治ゆ年月日	年 月 日	障害等級	第 級 号