別記様式第１４号の２

□消　防　団　員 □水　防　団　員 □消防作業従事者	□水 防 従 事 者 □応急措置従事者 □救急業務協力者	傷病補償年金定期報告書	年金支払決定番号　ビー　　－

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長　殿 下記のとおり療養の現状を報告します。	都道府県　市町村組合管理者　氏名

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
障害の状況			
日常生活の概要			

医師の証明

傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）	
傷病の経過及び治療方法の概要	

傷病及び障害の現状

介護補償を受けている者にあっては、以下の項目についても記入してください。

（日常生活の状態）

①	行動能力	□終日臥床 □自宅、病棟内でのみ行動できる □通院（単独歩行）できる	理由
②	食　事	□全く自用を弁じない □他人の介助によってできる □支障がない	理由
③	用　便	□全く自用を弁じない □他人の介助によってできる □支障がない	理由
④	精神能力	□常に他人の厳重な注意を要する □随時他人の注意を要する □通院可能であるが就労できない	理由
⑤	言語能力	□完全な失語あるいは構音機能の喪失 □他人との間でようやく意思を通じ合うことができる □支障がない	理由

傷病及び障害の今後の見込み	

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

他の法令による受給関係

年金の種類（障害等級第　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
			年　月	
			年　月	

〔注意事項〕

1　この報告書は、毎年１回２月１日から同月末日までの間に提出するものであること。

2　該当する「□」には、✓印で示すこと。

3　「障害の状況」及び「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。