

○ 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）

改正後	改正前																				
<p>別記様式第1号</p> <p style="text-align: center;">損害補償費支払請求書</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: right;">第 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">都 市 道 町 府 村 長 氏名 県 組合管理者</p> <p>_____ ほか _____ 名に係る損害補償費の支払を別添内訳書のとおり請求します。</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 80%;">損害補償費の請求額合計</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 5%;">内訳書等の種類</td> <td style="width: 95%;"> <input type="checkbox"/>療養補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>休業補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>傷病補償年金内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>傷病補償年金変更内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>障害補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/>障害補償費変更内訳書（ 枚） </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 80%;">※損害補償費支払決定額</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円（ 名分）</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 15%;">※受理年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">※支払年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> </tr> </table> <p>[注意事項] (略)</p>	損害補償費の請求額合計	円	内訳書等の種類	<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書（ 枚）	※損害補償費支払決定額	円（ 名分）	※受理年月日	年 月 日	※支払年月日	年 月 日	<p>別記様式第1号</p> <p style="text-align: center;">損害補償費支払請求書</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: right;">第 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿</p> <p style="text-align: center;">都 市 道 町 府 村 長 氏名 県 組合管理者</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>_____ ほか _____ 名に係る損害補償費の支払を別添内訳書のとおり請求します。</p> </div> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 80%;">損害補償費の請求額合計</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 5%;">内訳書等の種類</td> <td style="width: 95%;"> <input type="checkbox"/>療養補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>休業補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>傷病補償年金内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>傷病補償年金変更内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/>障害補償費内訳書（ 枚）<input type="checkbox"/>事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/>障害補償費変更内訳書（ 枚） </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 80%;">※損害補償費支払決定額</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">円（ 名分）</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin: 5px 0;"> <tr> <td style="width: 15%;">※受理年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">※支払年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> </tr> </table> <p>[注意事項] (略)</p>	損害補償費の請求額合計	円	内訳書等の種類	<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書（ 枚）	※損害補償費支払決定額	円（ 名分）	※受理年月日	年 月 日	※支払年月日	年 月 日
損害補償費の請求額合計	円																				
内訳書等の種類	<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書（ 枚）																				
※損害補償費支払決定額	円（ 名分）																				
※受理年月日	年 月 日	※支払年月日	年 月 日																		
損害補償費の請求額合計	円																				
内訳書等の種類	<input type="checkbox"/> 療養補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 介護補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 休業補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 遺族補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 葬祭補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 傷病補償年金変更内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 未支給の損害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費内訳書（ 枚） <input type="checkbox"/> 事故状況等証明書（ 枚） <input type="checkbox"/> 障害補償費変更内訳書（ 枚）																				
※損害補償費支払決定額	円（ 名分）																				
※受理年月日	年 月 日	※支払年月日	年 月 日																		

退職報償金支払請求書

地方公共団体コード (請求団体) :		請求年月日 :	年 月 日
第 号		消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	
—			
別添個人別調書のとおり退職報償金の支払を請求します。			
市町村長又は消防機関の長の証明	地方公共団体コード (調書証明団体) :		証明年月日 :
	別添個人別調書の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。 所在地 市町村又は消防機関の名称 消防機関の責任者氏名		
—			
退職報償金の請求額合計 :		千円 (名分)	

基金受付印欄 (当欄は記入しないで下さい。)

備考 :

当欄は記入しないで下さい。 コード 公印 その他

基金使用欄	受	付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起案者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[注意事項] (略)

退職報償金支払請求書

地方公共団体コード (請求団体) :		請求年月日 :	年 月 日
第 号		消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	
—			
別添個人別調書のとおり退職報償金の支払を請求します。			
市町村長又は消防機関の長の証明	地方公共団体コード (調書証明団体) :		証明年月日 :
	別添個人別調書の記載事項は、事実と相違ないことを証明します。 所在地 市町村又は消防機関の名称 消防機関の責任者氏名		
—			
退職報償金の請求額合計 :		千円 (名分)	

基金受付印欄 (当欄は記入しないで下さい。)

備考 :

当欄は記入しないで下さい。 コード 公印 その他

基金使用欄	受	付	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起案者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
確認者	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[注意事項] (略)

別記様式第3号		事故状況等証明書		年 月 日				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		道 町				
下記事項は事実と相違ないことを証明します。		府 村 長 氏 名		県 組合管理者				
非常勤消防団員等	種 別	<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者						
	住 所	氏 名 (男・女)						
事故発生状況	職業名 (詳細に)	生年月日 年 月 日 (歳)						
	発生の場所	発生日時 年 月 日 午前 午後 時 分						
事故発生原因・状況	種 別	<input type="checkbox"/> 消火 <input type="checkbox"/> 水防 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> 整備補修 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 消火等往復路 <input type="checkbox"/> その他						
	発生原因・状況							
補償基礎額等	補償基礎額		円		配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	内 訳	基礎額	階級	勤務年数	年	氏 名	生年月日(歳)	続柄
		扶養	円×1人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		加算額	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		(特例)	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		加算)	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
※ 消防作業従事者等の過去1年間の収入金額(休業補償費等(療養補償費及び介護補償費を除く。))を請求する場合は、別紙を添付して下さい。								
消防団員又は水防団員としての任免履歴	階 級	期 間		階 級	期 間			
上記のとおり在職していたことを証明します。 年 月 日 消防(水防)団の名称 任命権者の { 職名 氏名								
※補償基礎額		円		※決定		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		

[注意事項] (略)

別記様式第3号		事故状況等証明書		年 月 日				
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		道 町				
下記事項は事実と相違ないことを証明します。		府 村 長 氏 名		県 組合管理者				
非常勤消防団員等	種 別	<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者						
	住 所	氏 名 (男・女)						
事故発生状況	職業名 (詳細に)	生年月日 年 月 日 (歳)						
	発生の場所	発生日時 年 月 日 午前 午後 時 分						
事故発生原因・状況	種 別	<input type="checkbox"/> 消火 <input type="checkbox"/> 水防 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> 整備補修 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 消火等往復路 <input type="checkbox"/> その他						
	発生原因・状況							
補償基礎額等	補償基礎額		円		配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	内 訳	基礎額	階級	勤務年数	年	氏 名	生年月日(歳)	続柄
		扶養	円×1人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		加算額	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		(特例)	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
		加算)	円× 人=		円	氏 名	年 月 日 (歳)	
※ 消防作業従事者等の過去1年間の収入金額(休業補償費等(療養補償費及び介護補償費を除く。))を請求する場合は、別紙を添付して下さい。								
消防団員又は水防団員としての任免履歴	階 級	期 間		階 級	期 間			
上記のとおり在職していたことを証明します。 年 月 日 消防(水防)団の名称 任命権者の { 職名 氏名								
※補償基礎額		円		※決定		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認		

[注意事項] (略)

別紙

消防作業従事者等の過去1年間の収入金額票

勤務していた場合			自家営業の場合			
支払対象者の氏名			収入のあった年		年分	
給与等の支払期間		年 月から 年 月までの1年間		収入	金額	
給与等	種別	金額				円
						円
						円
						円
						円
	計		円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
使用主の 所在地 名称 責任者氏名			都道府県市町村長氏名			

[注意事項] (略)

別紙

消防作業従事者等の過去1年間の収入金額票

勤務していた場合			自家営業の場合			
支払対象者の氏名			収入のあった年		年分	
給与等の支払期間		年 月から 年 月までの1年間		収入	金額	
給与等	種別	金額				円
						円
						円
						円
						円
	計		円			
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
使用主の 所在地 名称 責任者氏名			都道府県市町村長氏名			

[注意事項] (略)

別記様式第4号

1号紙

診療費請求明細書(病院・診療所用)

1 傷病名	診療開始日	2 年 月 日	診療期間	年 月 日から	診療日数	日
2 傷病名	診療開始日	2 年 月 日	診療期間	年 月 日から	診療日数	日
3 傷病名	診療開始日	3 年 月 日	診療期間	年 月 日まで	診療日数	日
診療の内訳(□病院 □診療所)		※審査		転帰 □ 治ゆ □ 中止 □ 死亡 □ 継続 □ 転医		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容(基金基準)		※審査
再診	再診	×	回	初診	料	円
再診	外来管理加算	×	回	再診	料	× 回
再診	時間外	×	回	再診	時療養指導管理料	× 回
再診	休日	×	回	その他		
再診	深夜	×	回	計		
指導						
在	往診	回		摘要		
在	夜間	回				
在	深夜・緊急	回				
在	在宅患者訪問診療	回				
在	その他					
在宅	薬剤					
投薬	内服	薬剤	単位			
	調剤	×	回			
	外用	薬剤	単位			
	調剤	×	回			
処方	処方	×	回			
麻毒	麻毒	×	回			
調基	調基	×	回			
注射	皮下筋肉内	回				
注射	静脈内	回				
注射	その他	回				
処置	薬剤	回		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
手術	薬剤	回		付添看護関係		
検査	薬剤	回		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
画像	薬剤	回				
診断	薬剤	回				
その他	処方せん	回				
入院	年月日	年 月 日	点	期間及び看護形態	年 月 日から 年 月 日まで	間のうち <input type="checkbox"/> 1人付看護 日間 <input type="checkbox"/> 2人付看護 日間 <input type="checkbox"/> 3人付看護 日間
入院	□病院	入院料(入院環境料・看護料・給食料)		入院時室料加算関係		
入院	□診療所			室料の種類	□個室 期間 年 月 日から 日間 □普食 年 月 日まで	
入院	□普食	食有 × 日間 食無 × 日間		収容した理由	請求額 × 日 = 円 ※	
入院	□衣	特食 × 日間		健康保険等の法令による受給関係		
入院	その他	入院時医学管理料 × 日間 特定入院料 × 日間		受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険の名称 支給される額 円 一部負担金 円
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) 点 × 円 銭 = 円 ※			
イ 診療報酬点数表により計算できないもの			円 ※	(文書料、治療用装具、入院時室料加算等)		
診療費請求合計額(ア+イ)			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 医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名						

[注意事項] (略)

別記様式第4号

1号紙

診療費請求明細書(病院・診療所用)

1 傷病名	診療開始日	2 年 月 日	診療期間	年 月 日から	診療日数	日
2 傷病名	診療開始日	2 年 月 日	診療期間	年 月 日から	診療日数	日
3 傷病名	診療開始日	3 年 月 日	診療期間	年 月 日まで	診療日数	日
診療の内訳(□病院 □診療所)		※審査		転帰 □ 治ゆ □ 中止 □ 死亡 □ 継続 □ 転医		
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容(基金基準)		※審査
再診	再診	×	回	初診	料	円
再診	外来管理加算	×	回	再診	料	× 回
再診	時間外	×	回	再診	時療養指導管理料	× 回
再診	休日	×	回	その他		
再診	深夜	×	回	計		
指導						
在	往診	回		摘要		
在	夜間	回				
在	深夜・緊急	回				
在	在宅患者訪問診療	回				
在	その他					
在宅	薬剤					
投薬	内服	薬剤	単位			
	調剤	×	回			
	外用	薬剤	単位			
	調剤	×	回			
処方	処方	×	回			
麻毒	麻毒	×	回			
調基	調基	×	回			
注射	皮下筋肉内	回				
注射	静脈内	回				
注射	その他	回				
処置	薬剤	回		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
手術	薬剤	回		付添看護関係		
検査	薬剤	回		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
画像	薬剤	回				
診断	薬剤	回				
その他	処方せん	回				
入院	年月日	年 月 日	点	期間及び看護形態	年 月 日から 年 月 日まで	間のうち <input type="checkbox"/> 1人付看護 日間 <input type="checkbox"/> 2人付看護 日間 <input type="checkbox"/> 3人付看護 日間
入院	□病院	入院料(入院環境料・看護料・給食料)		入院時室料加算関係		
入院	□診療所			室料の種類	□個室 期間 年 月 日から 日間 □普食 年 月 日まで	
入院	□普食	食有 × 日間 食無 × 日間		収容した理由	請求額 × 日 = 円 ※	
入院	□衣	特食 × 日間		健康保険等の法令による受給関係		
入院	その他	入院時医学管理料 × 日間 特定入院料 × 日間		受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険の名称 支給される額 円 一部負担金 円
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) 点 × 円 銭 = 円 ※			
イ 診療報酬点数表により計算できないもの			円 ※	(文書料、治療用装具、入院時室料加算等)		
診療費請求合計額(ア+イ)			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 医療機関の { 所在地 名称 医師の氏名						

[注意事項] (略)

診療費請求明細書(歯科用)

氏名		診療開始日		年 月 日	
診療開始日		年 月 日から		診療 日	
診療期間		年 月 日まで		実日数	
転帰		<input type="checkbox"/> 治ゆ <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					
初診	時間外	休日	深夜	その他()	点
再診	再診 × 時間外	休日	深夜	その他()	点
管理・リハ	歯管	義管	実地指	歯リハ1	歯リハ2
注射	内・屯・外・注	調	× × 処方	× × + × 情	× × + × 処
全額	× 枚	写	× P混検	× P部検	× 基本
検	× ×	S培	× 頸運動	× 平測	× 精密
査	× ×	EMR	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×
う蝕	× ×	保護処置	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×
抜	× ×	感	× ×	根	× ×
腫	× ×	根	× ×	根	× ×
SC	× ×	× ×	× ×	× ×	× ×
Pear	前 × 小 × 大 ×	前 × 小 × 大 ×	SPT	× ×	P処 × P基処
抜歯	乳 × 前 × 臼 ×	離 × 埋 × + × ×	切開	× ×	
その他	特定薬劑				
麻酔	伝麻 × 浸麻 ×	その他			
補診	維持管理	印象	× × × × × × × × × ×	× × × × × × × × × ×	× × × × × × × × × ×
歯冠形成	前接C × × × × × × × × × × × × × × × ×	前C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前接C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前C × × × × × × × × × × × × × × × ×
歯冠修復	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×
欠損	前小バ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×
補綴	1~4歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	5~8歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	9~11歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	12~14歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	総義歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×
その他	摘要				(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	※
イ	診療報酬点数表により計算できないもの	(文書料等)	円	※	
診療費請求合計額 (ア+イ)		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] (略)

診療費請求明細書(歯科用)

氏名		診療開始日		年 月 日	
診療開始日		年 月 日から		診療 日	
診療期間		年 月 日まで		実日数	
転帰		<input type="checkbox"/> 治ゆ <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					
初診	時間外	休日	深夜	その他()	点
再診	再診 × 時間外	休日	深夜	その他()	点
管理・リハ	歯管	義管	実地指	歯リハ1	歯リハ2
注射	内・屯・外・注	調	× × 処方	× × + × 情	× × + × 処
全額	× 枚	写	× P混検	× P部検	× 基本
検	× ×	S培	× 頸運動	× 平測	× 精密
査	× ×	EMR	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×
う蝕	× ×	保護処置	× × × × × ×	× × × × × ×	× × × × × ×
抜	× ×	感	× ×	根	× ×
腫	× ×	根	× ×	根	× ×
SC	× ×	× ×	× ×	× ×	× ×
Pear	前 × 小 × 大 ×	前 × 小 × 大 ×	SPT	× ×	P処 × P基処
抜歯	乳 × 前 × 臼 ×	離 × 埋 × + × ×	切開	× ×	
その他	特定薬劑				
麻酔	伝麻 × 浸麻 ×	その他			
補診	維持管理	印象	× × × × × × × × × ×	× × × × × × × × × ×	× × × × × × × × × ×
歯冠形成	前接C × × × × × × × × × × × × × × × ×	前C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前接C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前C × × × × × × × × × × × × × × × ×	へ前C × × × × × × × × × × × × × × × ×
歯冠修復	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×	乳前小銀 × × × × × × × × × × × × × × × ×
欠損	前小バ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×	前小ニ × × × × × × × × × × × × × × × ×
補綴	1~4歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	5~8歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	9~11歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	12~14歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×	総義歯 × × × × × × × × × × × × × × × ×
その他	摘要				(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	※
イ	診療報酬点数表により計算できないもの	(文書料等)	円	※	
診療費請求合計額 (ア+イ)		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] (略)

別記様式第4号

3号紙

調剤費請求明細書(薬局用)

氏名

処方せんを交付した医療機関の		所在地 名称 医師の氏名				受付回数	回	
処方月日	調剤月日	処方		調剤報酬点数			※ 審査 点	
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	数量	調剤料	薬剤料		加算料
.	.		点		点	点		
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
適用								
請求点	※決定点	調剤基本料点	時間外等加算点	指導料点				
健康保険等の法令による受給関係		受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		保険の名称						
		支給される額	円					
		一部負担金	円					
調剤費請求額		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		薬局の { 所在地 名称 薬剤師の氏名						

[注意事項] (略)

別記様式第4号

3号紙

調剤費請求明細書(薬局用)

氏名

処方せんを交付した医療機関の		所在地 名称 医師の氏名				受付回数	回	
処方月日	調剤月日	処方		調剤報酬点数			※ 審査 点	
		医薬品・規格・用量・剤型・用法	単位薬剤料	数量	調剤料	薬剤料		加算料
.	.		点		点	点		
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
.	.							
適用								
請求点	※決定点	調剤基本料点	時間外等加算点	指導料点				
健康保険等の法令による受給関係		受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
		保険の名称						
		支給される額	円					
		一部負担金	円					
調剤費請求額		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		薬局の { 所在地 名称 薬剤師の氏名						

[注意事項] (略)

別記様式第4号

4号紙

施術料請求明細書(柔道整復師等用)

氏名		氏名	
傷病名	初検日	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで
施療の内容		※審査	転帰
初検料	時間内 時間外 深夜	円	円
再検料	年 月 日		
指導管理料	年 月 日から 年 月 日まで	回	
往療料	普通 夜間・難路 距離(片道) 暴風雨 同一家屋	回 回 km 回 回	
初回処置料	<input type="checkbox"/> 整復料 <input type="checkbox"/> 固定料 <input type="checkbox"/> 施療料	回 回 回	
後療料		回 回 回	
運動療法		回	
温電法料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回	
冷電法料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回	
電療料		回 回	
レントゲン料		回	医師の同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
宿泊料	入院料 月 日から 月 日まで 食事料 月 日から 月 日まで	日間 日間	健康保険等の法令による受給関係 受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保険の名称
その他			支給される額 円
合計			一部負担金 円
施術料請求額		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 施術所の名称 施術者の氏名			

[注意事項] (略)

別記様式第4号

4号紙

施術料請求明細書(柔道整復師等用)

氏名		氏名	
傷病名	初検日	年 月 日	年 月 日から 年 月 日まで
施療の内容		※審査	転帰
初検料	時間内 時間外 深夜	円	円
再検料	年 月 日		
指導管理料	年 月 日から 年 月 日まで	回	
往療料	普通 夜間・難路 距離(片道) 暴風雨 同一家屋	回 回 km 回 回	
初回処置料	<input type="checkbox"/> 整復料 <input type="checkbox"/> 固定料 <input type="checkbox"/> 施療料	回 回 回	
後療料		回 回 回	
運動療法		回	
温電法料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回	
冷電法料	月 日から 月 日まで 月 日から 月 日まで	回 回	
電療料		回 回	
レントゲン料		回	医師の同意の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
宿泊料	入院料 月 日から 月 日まで 食事料 月 日から 月 日まで	日間 日間	健康保険等の法令による受給関係 受給の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 保険の名称
その他			支給される額 円
合計			一部負担金 円
施術料請求額		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 施術所の名称 施術者の氏名			

[注意事項] (略)

訪問看護事業者の証明書

		氏名		
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	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	指示年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	主治医への直近報告年月日	年 月 日	
		(訪問日)	1 2 3 4 5 6 7	
	円 × 回 円		8 9 10 11 12 13 14	
	<input type="checkbox"/> 准看護師		15 16 17 18 19 20 21	
円 × 回 円		22 23 24 25 26 27 28		
管理療養費	初日	円		
	2回目以降	回 円	29 30 31	
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	情報提供先の市(区)町村の名称		
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				
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 代表者氏名				

[注意事項] (略)

訪問看護事業者の証明書

		氏名		
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	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士	指示年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	主治医への直近報告年月日	年 月 日	
		(訪問日)	1 2 3 4 5 6 7	
	円 × 回 円		8 9 10 11 12 13 14	
	<input type="checkbox"/> 准看護師		15 16 17 18 19 20 21	
円 × 回 円		22 23 24 25 26 27 28		
管理療養費	初日	円		
	2回目以降	回 円	29 30 31	
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	情報提供先の市(区)町村の名称		
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				
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 代表者氏名				

[注意事項] (略)

別記様式第5号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		休業補償費内訳書		請求第 回 [年 月 分]		
消防団員等の氏名				事故発生日		年 月 日		
医師等の証明	初 診		年 月 日		診断によって疾病が確定した日		年 月 日	
	傷病名及びその程度		転 帰		年 月 日		年 月 日	
	療養のため勤務その他の業務に従事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		うち		日	
	本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見		年 月 日		診療 実日数		日	
上記事項は事実と相違ないことを証明します。		所在地 医療機関等の		所在地 名称 職・氏名		年 月 日		
請求日数等	自家営業の場合		年 月 日から 年 月 日まで		のうち		全部休業した日数 日 一部休業した日数 日	
	勤務して		年 月 日から 年 月 日まで		のうち		全部休業した日数 [全部休業した日に支払われた給与の総額] 日 [円] 一部休業した日数 [一部休業した日に支払われた給与の総額] 日 [円]	
	いた場合		傷病手当金		<input type="checkbox"/> 受けた 年 月 日から 年 月 日まで		日間[額] 円 <input type="checkbox"/> 受けなかった	
使用主の証明		上記事項は事実と相違ないことを証明します。		所在地 使用主の 名称 責任者氏名		年 月 日		
受給に際して	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	
	休 業 補 償 費 算 式		(補償基礎額) [A] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日	
(補償基礎額) [B] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [C] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		
(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [D] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		
(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [E] 円 $\times 60 / 100 \times$ 時間 / 7.75時間 = (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		
休 業 補 償 費 請 求 額		[(A)~(E)の合計額]						
※ 補 償 基 礎 額		円		※ 受 理		年 月 日		
※ 休 業 期 間 及 び 日 数		年 月 日 から 年 月 日 まで		※ 送 金		年 月 日		
※ 休 業 補 償 費 支 払 額		円		※ 送 金		年 月 日		

[注意事項] (略)

別記様式第5号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		休業補償費内訳書		請求第 回 [年 月 分]		
消防団員等の氏名				事故発生日		年 月 日		
医師等の証明	初 診		年 月 日		診断によって疾病が確定した日		年 月 日	
	傷病名及びその程度		転 帰		年 月 日		年 月 日	
	療養のため勤務その他の業務に従事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		うち		日	
	本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見		年 月 日		診療 実日数		日	
上記事項は事実と相違ないことを証明します。		所在地 医療機関等の		所在地 名称 職・氏名		年 月 日		
請求日数等	自家営業の場合		年 月 日から 年 月 日まで		のうち		全部休業した日数 日 一部休業した日数 日	
	勤務して		年 月 日から 年 月 日まで		のうち		全部休業した日数 [全部休業した日に支払われた給与の総額] 日 [円] 一部休業した日数 [一部休業した日に支払われた給与の総額] 日 [円]	
	いた場合		傷病手当金		<input type="checkbox"/> 受けた 年 月 日から 年 月 日まで		日間[額] 円 <input type="checkbox"/> 受けなかった	
使用主の証明		上記事項は事実と相違ないことを証明します。		所在地 使用主の 名称 責任者氏名		年 月 日		
受給に際して	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	
	休 業 補 償 費 算 式		(補償基礎額) [A] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日	
(補償基礎額) [B] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [C] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		
(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [D] 円 $\times 60 / 100 =$ (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		
(請求日数) 円 \times 日 = 円		全部休業した日		(補償基礎額) [E] 円 $\times 60 / 100 \times$ 時間 / 7.75時間 = (円未満切捨)		(請求日数) 円 \times 日 = 円		
休 業 補 償 費 請 求 額		[(A)~(E)の合計額]						
※ 補 償 基 礎 額		円		※ 受 理		年 月 日		
※ 休 業 期 間 及 び 日 数		年 月 日 から 年 月 日 まで		※ 送 金		年 月 日		
※ 休 業 補 償 費 支 払 額		円		※ 送 金		年 月 日		

[注意事項] (略)

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	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて						
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて						
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 歯の欠損 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 歯の欠損 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									

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	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて						
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて						
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 歯の欠損 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 歯の欠損 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									

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(運動)柱(奇形)の変形及び書	※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・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
			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 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] (略)

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(運動)柱(奇形)の変形及び書	※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・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
			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 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] (略)

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 日まで () 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	自覚症状 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 運 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 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	$a()+2b()+2c()+d() = () db$	最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて							
		6	%	話 声 語	不能	可能							
	右	$a()+2b()+2c()+d() = () db$	最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて							
	6	%	話 声 語	不能	可能								
※耳鳴の有無及びその程度		※耳介の欠損程度											
鼻 障 害	※鼻腔骨の欠損程度 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 障 害 又 は 醜 状 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 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 そしやくが充分でないもの												

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									
入院期間	年 月 日から () 日間	通院期間	年 月 日まで () 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	自覚症状 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 運 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 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	$a()+2b()+2c()+d() = () db$	最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて							
		6	%	話 声 語	不能	可能							
	右	$a()+2b()+2c()+d() = () db$	最良明瞭度	大 声	接耳	() cmにて							
	6	%	話 声 語	不能	可能								
※耳鳴の有無及びその程度		※耳介の欠損程度											
鼻 障 害	※鼻腔骨の欠損程度 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 障 害 又 は 醜 状 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 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 そしや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(運動)柱(奇形)の変形及び書	※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・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
			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 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] (略)

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(運動)柱(奇形)の変形及び書	※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・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
			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 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] (略)

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 他覚検査結果	自覚症状 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 注視の 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 耳 力 介 障 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	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳 () cmにて							
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳 () cmにて							
と損	※耳鳴の有無及びその程度			※耳介の欠損程度									
鼻 障 害	※鼻腔骨の欠損程度 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 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、これに制限があって そしやくが充分でないもの												

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 他覚検査結果	自覚症状 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
	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 注視の 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 耳 力 介 障 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	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳 () cmにて						
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()$ db		最良明瞭度	大 声	接耳 () cmにて						
と損	※耳鳴の有無及びその程度			※耳介の欠損程度								
鼻 障 害	※鼻腔骨の欠損程度 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 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、これに制限があって そしや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(運動)柱(奇形)の変形及び害	※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						
	右下肢長	cm						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						
上・下肢の機能障害	関節運動部位種類	自	動	他		関節運動部位種類	自	動	他		自	動	他	動
				左	右				左	右				
	度	度	度	度	度	度	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 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] (略)

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(運動)柱(奇形)の変形及び害	※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							
	右下肢長	cm						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							
上・下肢の機能障害	関節運動部位種類	自	動	他		関節運動部位種類	自	動	他		自	動	他		動
				左	右				左	右			左	右	
	度	度	度	度	度	度	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 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] (略)

別記様式第 13 号

損害補償費支払決定通知書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

損害補償費の支払決定について

御請求のありました損害補償費については、審査の結果、下記のとおり決定しましたので、御通知申し上げます。

記

- 1 損害補償費支払額 _____円
- 2 支払日 _____年 月 日
- 氏名 _____
- 構成市町村 _____
- 種別 _____
- (内 訳)

種 別	回 数	請 求 日	金 額
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
損 害 補 償 費 合 計			

別記様式第 13 号

損害補償費支払決定通知書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長



損害補償費の支払決定について

御請求のありました損害補償費については、審査の結果、下記のとおり決定しましたので、御通知申し上げます。

記

- 1 損害補償費支払額 _____円
- 2 支払日 _____年 月 日
- 氏名 _____
- 構成市町村 _____
- 種別 _____
- (内 訳)

種 別	回 数	請 求 日	金 額
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
損 害 補 償 費 合 計			

別記様式第 13 号の 3

年 金 決 定 通 知 書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

下記のとおり年金の支払を決定したので通知します。

記

1 非常勤消 防団員等	年金支払決定番号	事故年度	種 別	住 所
	— —	年度		
	氏 名	性別	生年月日	
			年 月 日	

2 年 金 の 種 類		3 受 給 権 者 の 氏 名									
4 等 級		5 特殊公務災害									
第 級											
6 補償基礎額		7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数						8 7の人数に含 まれない特例 遺族数			
円	内 訳		人	内 訳							
	基礎額	扶養加算額		配偶者	子	父 母	孫			祖父母	兄 弟 妹
	円	円		人	人	人	人			人	人
9 他 の 法 令 に よ る 給 付 と の 調 整											
法 律 の 名 称		調 整 率			調 整 額						
					円						
10 年 金 支 払 額		11 各期の支払額			12 支 払 開 始 年 月						
円		円			年 月						

別記様式第 13 号の 3

年 金 決 定 通 知 書

消基発第 号
年 月 日

殿

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長

印

下記のとおり年金の支払を決定したので通知します。

記

1 非常勤消 防団員等	年金支払決定番号	事故年度	種 別	住 所
	— —	年度		
	氏 名	性別	生年月日	
			年 月 日	

2 年 金 の 種 類		3 受 給 権 者 の 氏 名									
4 等 級		5 特殊公務災害									
第 級											
6 補償基礎額		7 遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族数						8 7の人数に含 まれない特例 遺族数			
円	内 訳		人	内 訳							
	基礎額	扶養加算額		配偶者	子	父 母	孫			祖父母	兄 弟 妹
	円	円		人	人	人	人			人	人
9 他 の 法 令 に よ る 給 付 と の 調 整											
法 律 の 名 称		調 整 率			調 整 額						
					円						
10 年 金 支 払 額		11 各期の支払額			12 支 払 開 始 年 月						
円		円			年 月						

13 年 金 改 定 事 由														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
14 年 金 支 払 停 止														
1 損害補償額 円に達するまでの間、 の支払を停止する。 (その期間が事故発生日以降 年を超えるときは 年とする。)														
2 前払一時金額 円に達するまでの間、 の支払を停止する。														
3 遺族補償年金を受ける権利を有する者の所在が1年以上明らかでない場合には、同順位者があるときは同順位者の、同順位者がいないときは次順位者の申請によって、その所在が明らかでない間、その者に支払うべき遺族補償年金の支払を停止する。														
4 遺族補償年金を受ける権利を有する者が特例遺族である場合には、その者が支給停止解除年齢に達するまでの間、その者に支払うべき遺族補償年金の支払を停止する。														
15 備 考														

[注意事項] (略)

13 年 金 改 定 事 由														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
14 年 金 支 払 停 止														
1 損害補償額 円に達するまでの間、 の支払を停止する。 (その期間が事故発生日以降 年を超えるときは 年とする。)														
2 前払一時金額 円に達するまでの間、 の支払を停止する。														
3 遺族補償年金を受ける権利を有する者の所在が1年以上明らかでない場合には、同順位者があるときは同順位者の、同順位者がいないときは次順位者の申請によって、その所在が明らかでない間、その者に支払うべき遺族補償年金の支払を停止する。														
4 遺族補償年金を受ける権利を有する者が特例遺族である場合には、その者が支給停止解除年齢に達するまでの間、その者に支払うべき遺族補償年金の支払を停止する。														
15 備 考														

[注意事項] (略)

別記様式第14号

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防従事者	療養の現状報告書	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> 応急措置従事者			
<input type="checkbox"/> 消防作業従事者	<input type="checkbox"/> 救急業務協力者			
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		
下記のとおりに療養の現状を報告します。		道 町長	氏名	
		府 村		
		県 組合管理者		
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	
傷病名				
療養の経過				
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			
	傷病の現状			
	傷病の今後の見込み			
明	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	—	

[注意事項] (略)

別記様式第14号

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防従事者	療養の現状報告書	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> 応急措置従事者			
<input type="checkbox"/> 消防作業従事者	<input type="checkbox"/> 救急業務協力者			
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		
下記のとおりに療養の現状を報告します。		道 町長	氏名	
		府 村		
		県 組合管理者		
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	
傷病名				
療養の経過				
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			
	傷病の現状			
	傷病の今後の見込み			
明	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	—	

[注意事項] (略)

別記様式第14号の2

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 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- -		
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 長 氏名 村 組 合 管 理 者	-			
非常勤消防団員等の氏名		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つては、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		<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる		理由					
② 食 事		<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない		理由					
③ 用 便		<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない		理由					
④ 精神能力		<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない		理由					
⑤ 言語能力		<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる <input type="checkbox"/> 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					

[注意事項] (略)

別記様式第14号の2

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 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- -		
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 長 氏名 村 組 合 管 理 者	回			
非常勤消防団員等の氏名		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つては、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		<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> 通院（単独歩行）できる		理由					
② 食 事		<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない		理由					
③ 用 便		<input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> 支障がない		理由					
④ 精神能力		<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない		理由					
⑤ 言語能力		<input type="checkbox"/> 完全な失語あるいは構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を通じ合うことができる <input type="checkbox"/> 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		回			
				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					

[注意事項] (略)

別記様式第15号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		障害補償年金定期報告書		年金支払決定番号	シー	—	年	月	日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり年金受給に関する現状を報告します。				都 市 道 町 府 村 県 組合管理者		長 氏名					
非常勤消防団員等の氏名				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	
障 害 の 種 類											
障 害 の 現 状											
日常生活の概要											
他の法令による受給関係	年金の種類(障害等級第)	年金の額	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] (略)

別記様式第15号

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		障害補償年金定期報告書		年金支払決定番号	シー	—	年	月	日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記のとおり年金受給に関する現状を報告します。				都 市 道 町 府 村 県 組合管理者		長 氏名		㊤			
非常勤消防団員等の氏名				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	
障 害 の 種 類											
障 害 の 現 状											
日常生活の概要											
他の法令による受給関係	年金の種類(障害等級第)	年金の額	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] (略)

別記様式第15号の2

- 消防団員 水防従事者
 水防団員 応急措置従事者
 消防作業従事者 救急業務協力者

遺族補償年金定期報告書

年金支払決定番号	イ-- --
年	月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	都 市 道 町 長 氏名 府 村 県 組合管理者
下記のとおりに年金受給に関する現状を報告します。	

非常勤消防団員等の氏名	事故発生日	年 月 日
	死亡日	年 月 日

区分	氏 名	生年月日	年 齢	住 所	死亡者との続柄	障害の有無	受給権者と生計を同じくしているか
受給権者		年 月 日	歳			有・無	/
		年 月 日	歳			有・無	
		年 月 日	歳			有・無	
受給資格者		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない

他の法令による受給関係	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
		円		年 月	
		円		年 月	

[注意事項] (略)

別記様式第15号の2

- 消防団員 水防従事者
 水防団員 応急措置従事者
 消防作業従事者 救急業務協力者

遺族補償年金定期報告書

年金支払決定番号	イ-- --
年	月 日

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿	都 市 道 町 長 氏名 府 村 県 組合管理者
下記のとおりに年金受給に関する現状を報告します。	

非常勤消防団員等の氏名	事故発生日	年 月 日
	死亡日	年 月 日

区分	氏 名	生年月日	年 齢	住 所	死亡者との続柄	障害の有無	受給権者と生計を同じくしているか
受給権者		年 月 日	歳			有・無	/
		年 月 日	歳			有・無	
		年 月 日	歳			有・無	
受給資格者		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない
		年 月 日	歳			有・無	いる・いない

他の法令による受給関係	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
		円		年 月	
		円		年 月	

[注意事項] (略)

別記様式第16号

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防従事者	年金に関する 異動報告書	年金支払 決定番号	ビ シ イ	—	—
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> 応急措置従事者		年 月 日			
<input type="checkbox"/> 消防作業従事者	<input type="checkbox"/> 救急業務協力者					
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		道 町		
下記のとおりに年金に関する異動を報告します。		府 村		長 氏名		
		県		組合管理者		
非常勤消防団員等の氏名		事 故 発 生 日		年 月 日		
異 動 の 内 容						
	異動した者の氏名		異 動 年 月 日		年 月 日	
備 考						

[注意事項] (略)

別記様式第16号

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防従事者	年金に関する 異動報告書	年金支払 決定番号	ビ シ イ	—	—
<input type="checkbox"/> 水防団員	<input type="checkbox"/> 応急措置従事者		年 月 日			
<input type="checkbox"/> 消防作業従事者	<input type="checkbox"/> 救急業務協力者					
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿		都 市		道 町		
下記のとおりに年金に関する異動を報告します。		府 村		長 氏名		
		県		組合管理者		
非常勤消防団員等の氏名		事 故 発 生 日		年 月 日		
異 動 の 内 容						
	異動した者の氏名		異 動 年 月 日		年 月 日	
備 考						

[注意事項] (略)

掛金支払明細書

年度分

条例定員及び人口(水害予防組合にあつては、組合会の議決で定める定員及び組合員の数)は、内訳のとおり相違ありません。

支払金額		円
内訳	損害補償	
	退職報償	
前回までの掛金額		
今年度掛金総計		

年 月 日

(注) ア 消防団員に係る分 イ 水防団員に係る分
 ウ 消防作業従事者等に係る分 エ 水防従事者に係る分

市町村長
 組合管理者 氏名

区分	団員割又は人口割(A)	条例定員又は人口(組合員数)(B)	掛金額(A)×(B)	円
損害補償	ア	円		
	イ	円		
	ウ	銭		
	エ	銭		
計				
退職報償		円		

掛金支払明細書

年度分

条例定員及び人口(水害予防組合にあつては、組合会の議決で定める定員及び組合員の数)は、内訳のとおり相違ありません。

支払金額		円
内訳	損害補償	
	退職報償	
前回までの掛金額		
今年度掛金総計		

年 月 日

(注) ア 消防団員に係る分 イ 水防団員に係る分
 ウ 消防作業従事者等に係る分 エ 水防従事者に係る分

市町村長
 組合管理者 氏名

印

区分	団員割又は人口割(A)	条例定員又は人口(組合員数)(B)	掛金額(A)×(B)	円
損害補償	ア	円		
	イ	円		
	ウ	銭		
	エ	銭		
計				
退職報償		円		