別紙1

年　月　日

消 防 団 員 等 災 害 発 生 速 報

消防団員等公務災害補償等共済基金　殿

市町村・組合

本速報は、災害発生の覚知後、傷病名が判明次第速やかに報告してください。なお、下表中の記入事項については、記入の代わりに内容を記した書類の添付で可です。また、確認がとれない事項については、その旨を記入してください。

ふ り が な						
氏　　名	（ 男・女 ）					
生年月日（年 齢）	年　月　日 生 （　歳）					
職　　業						
所属消防団（階級）	市・町・村・組合・消防団（階級　　）					
発 生 日 時	年　月　日（　）午前・午後　時　分頃					
発 生 場 所						
発 生 状 況 （新聞等で報道されている場合には、資料（記事の写しなど）を添付してください。）						
療 養 開 始 日	年　月　日（　）					
傷 病 名						
区　分 （該当する事案の番号に〇印をして下さい。（重複可））	1	2	3	4	5	6
	脳血管疾患事案	心臓疾患事案	死亡事案	1、2以外で傷病の程度が重篤な事案	その他協議を必要とする事案	左記以外の事案
連 絡 先	所 属				担当者	
	ＴＥＬ				（内線・直通　）	
	Ｆａｘ					
	E-mail					

※ 受 理 年 月 日	年　月　日

速報については、ファクシミリ又は電子メールでお願いします。（本速報の様式については、消防基金のホームページ（「業務紹介」→「公務災害補償・福祉給付」中の第8）からダウンロードできます。）

Fax ： 03-5422-1745　E-mail ： saigai@syouboukikin.jp

消防基金連絡先：災害補償課（TEL）03-5422-1713