

○市町村消防団員等公務災害補償条例施行規則

昭和50年7月1日

組合規則第15号

改正 平成3年1月22日規則第7号

平成5年3月29日規則第3号

平成15年4月3日規則第6号

平成28年2月15日規則第3号

(趣旨)

第1条 この規則は、市町村消防団員等公務災害補償条例（昭和50年茨城県市町村総合事務組合条例第25号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(名簿の備付け及び整理)

第2条 市町村長は、消防団員名簿（カード式）（様式第1号）を備え、異動の都度整理しておかなければならない。

(補償の手続)

第3条 市町村長は、消防団員等において、条例第2条に定める事由が生じたときは、速やかに次に掲げる書類を添えた消防団員等公務災害補償事由発生報告書（様式第2号）を組合長に提出しなければならない。

- (1) 消防団員名簿（カード式）の写し
- (2) 診断書（証明書）
- (3) 扶養親族（同居）調書
- (4) 現認書
- (5) 交通事故証明書（交通事故の場合）

(補償の請求)

第4条 補償を受けようとする者は、療養補償費請求書（様式第3号から様式第7号まで）に所定の事由を記載し、所属市町村長を経由して組合長に提出しなければならない。

(通知)

第5条 組合長は、前条の療養補償費請求書を受けたときは、その内容を審査して補償額を決定し、市町村長に通知しなければならない。

(審査会)

第6条 審査会は、会長が招集する。

- 2 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができない。
- 3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、会長は、委員として議決に加わる権利を有する。
- 4 前項の場合において、可否同数のときは、会長が決める。

5 会長は、会議録を調製し、開会の日時及び場所、出席委員の氏名、議事の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。

6 前各項に定めるもののほか、審査会に関し必要な事項は、審査会が定める。

(審査の申立て)

第7条 条例第6条第8項の規定により審査の申立てをしようとする者は、その旨を市町村長を經由して審査会に書面で提出しなければならない。

2 前項の書面には、次に掲げる事項を記載しなければならない。

(1) 非常勤消防団員等の氏名、住所及び生年月日

(2) 申立人が非常勤消防団員等以外の者であるときは、その者の氏名、住所、生年月日及び非常勤消防団員等との続柄

(3) 補償に関する組合の措置

(4) 申立ての主旨

(5) 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所及び職業

(6) 申立ての年月日

(定期報告書)

第8条 毎年2月1日において、2年以上にわたって療養補償を受けている者及び傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金の受給権者である者は、毎年1回、2月1日から同月末日までの間に、療養の現状報告書(様式第8号)、傷病補償年金定期報告書(様式第9号)、障害補償年金定期報告書(様式第10号)又は遺族補償年金定期報告書(様式第11号)を所属市町村長に經由して、組合長に提出しなければならない。ただし、組合長があらかじめその必要がないと認めた場合は、この限りでない。

第9条 療養補償に係る療養の開始後1年6月を経過した日において当該負傷又は疾病が治っていない者は、同日後1月以内に療養の現状報告書(様式第8号)を所属市町村長を經由して、組合長に提出しなければならない。

2 組合長は、前項の報告書を必要の都度、提出を求めることができる。

(年金に関する異動報告書)

第10条 傷病補償年金若しくは障害補償年金の受給権者又は遺族補償年金を受けることができる遺族(非常勤消防団員等に係る損害補償の基準を定める政令(昭和31年政令第335号。以下「基準政令」という。)附則第2条の2第2項の規定に基づき遺族補償年金を受けることができることとされた遺族であって、当該遺族補償年金に係る同項の非常勤消防団員等の死亡の時期に応じ、同項の表の下欄に掲げる年齢に達しないものを含む。以下同じ。)が次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、遅滞なく、年金に関する異動報告書(様式第12号)を所属市町村長を經由して、組合長に提出しなければならない。

(1) 氏名又は住所に変更があったとき。

- (2) 傷病補償年金の受給権者の障害の程度に変更があったとき。
- (3) 障害補償年金の受給権者の障害の程度に変更があったとき。
- (4) 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者が死亡したとき。
- (5) 基準政令第8条の3第1項の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅したとき。
- (6) 遺族補償年金の受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の数に増減を生じたとき。
- (7) 基準政令第8条の2第4項第1号又は第2号のいずれかに該当するに至ったとき。
- (8) 基準政令第8条の4の規定により遺族補償年金の支給が停止され、又はその停止が解除される事由が生じたとき。
- (9) 当該補償の事由と同一の事由について基準政令附則第3条第1項から第4項までに規定する他の法律による年金たる給付が支給されることとなったとき、その給付の額が変更されたとき又はその支給を受けられなくなったとき。

(旅費の支給)

第11条 条例第7条第2項の規定により出頭した者に対する旅費の支給については、職員の旅費に関する条例（昭和50年茨城県市町村総合事務組合条例第15号）の定めるところによる。

(備付簿冊)

第12条 組合長は、補償整理簿（様式第13号から様式第17号まで）その他必要な諸帳簿を備え、常に整理しておかなければならない。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成3年規則第7号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正後の市町村消防団員等公務災害補償条例施行規則第8条に規定する旅費の支給については、職員の旅費に関する条例の規定の例により、当該条例において6級の職務にある職員が支給される旅費に相当する額を、当該条例の支給条件及び支給方法に従い支給する。

附 則（平成5年規則第3号）

この規則は、平成5年4月1日から施行する。

附 則（平成15年規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成28年規則第3号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正前の市町村消防団員等公務災害補償条例施行規則の規定により現に使用中の様式については、当分の間、所要の訂正を施した上、これに必要な事項を記入し使用することができる。

様式第1号(第2条関係)  
消防団員名簿(カード式)

(表)  
茨城県 市町村消防団 分団 部

氏名		消防関係履歴				消防協会関係(県協・日消)															
生年月日 血液型	・	・	・	生	型	階	級	任	免	年	月	日	役	職	名	就	任	年	月	日	
本籍								自	:	:						自	:	:			
現住所								自	:	:						自	:	:			
職業								自	:	:						自	:	:			
家族								自	:	:					自	:	:				
氏名	続柄	生年月日	職業	障害の別				自	:	:						自	:	:			
								自	:	:						公職関係					
								自	:	:				職	種	期	間				
								自	:	:						自	:	:			
								自	:	:						自	:	:			
								賞 罰						自	:	:					
								事	項	年	月	日				自	:	:			
特技(消防に関係あるもの)								・	・						自	:	:				
種	別	取得年月日						・	・					退職報償金関係							
		・						・	・				支給年月日	支給金額	支給対象勤務年数						
		・						・	・					千円	年						
		・						・	・					千円	年						

健康管理票

(裏)

実施年月日	身体計測		視力	聴力	血圧測定	心電図	胃検診	検尿	結核検診	備考
年 月 日 (満 歳)	身長 cm	体重 kg	右 左 (矯正) 右 左	右 dB 左 dB	最大 mmHg 最小 mmHg	異常 有・無		たんぱく ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )	X線所見	
検診機関名										
年 月 日 (満 歳)	身長 cm	体重 kg	右 左 (矯正) 右 左	右 dB 左 dB	最大 mmHg 最小 mmHg	異常 有・無		たんぱく ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )	X線所見	
検診機関名										
年 月 日 (満 歳)	身長 cm	体重 kg	右 左 (矯正) 右 左	右 dB 左 dB	最大 mmHg 最小 mmHg	異常 有・無		たんぱく ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )	X線所見	
検診機関名										
年 月 日 (満 歳)	身長 cm	体重 kg	右 左 (矯正) 右 左	右 dB 左 dB	最大 mmHg 最小 mmHg	異常 有・無		たんぱく ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )	X線所見	
検診機関名										

(注) 消防団員が異動した場合、市町村長の証明書を付して、異動先の市町村長宛送付すること。

様式第2号(第3条関係)

消防団員等公務災害補償事由発生報告書

茨城県市町村総合事務組合長 殿		年 月 日	
下記のとおり公務災害補償事由発生報告いたします。		市 町 村 長 <span style="float:right">㊟</span>	
被 補 償 者	住 所	氏 名	ふ り が な
	所 属 団 名	階 級	入 団 年 月 日
	生 年 月 日	年 月 日	男 女 職 業
消 防 機 関 の 長 の 証 明	事故	事故発生した日時	年 月 日 午 前 後 時 分
		事故又は疾病の発生の原因及びその状況	
		上記事故は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日	
		所 在 地 消防機関の名称 責 任 者 氏 名	㊟

- 備考1 この報告書は公務災害の事由が発生したとき速やかに提出すること。  
 2 事故又は疾病の発生の原因及びその状況には事故発生の事由、原因等を詳細に傷病の名称、部位並びに程度等を記載すること。  
 3 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。  
 (1) 現認書 (2) 交通事故証明書(交通事故の場合) (3) 診断書又は施術証明書 (4) 消防団員名簿(カード式)の写し (5) 扶養親族調書

療養補償費請求書

<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		請求第 回	
茨城県市町村総合事務組合長 殿 下記のとおり療養補償費の支払を請求します。				年 月 日 市 町 長 村	
被 補 償 者	所属団体名		階級		ふりがな氏名
	住 所				
	生 年 月 日	年 月 日	生 日	男 女	職業
消(水)防機関の長の証明	事 故	事故発生 の 場 所		事故発生 日 時	年 月 日 午 前 後 時 分
	事故又は疾病の発生の原因及びその状況				
	上記事項は事実と相違ないことを証明しま す 年 月 日				
療 養 補 償 費 請 求 の 内 訳					請 求 額
1 診 療 費	内訳は、別添様式第3号の2「診療費請求明細書(病院・診療所用)」又は様式第3号の3「診療費請求明細書(歯科用)」記載のとおり				円
2 調 剤 費	内訳は、別添様式第3号の4「調剤費請求明細書(薬局用)」記載のとおり				
3 施 術 料	内訳は、別添様式第3号の5「施術料請求明細書(柔道整復師等用)」記載のとおり				
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪 問 看 護	内訳は、別添様式第3号の6「訪問看護事業者の証明書」とおり			
	<input type="checkbox"/> 看 護 師	年 月 日	から		日間
	<input type="checkbox"/> 准 看 護 師 <input type="checkbox"/> 看 護 補 助 者 <input type="checkbox"/> 親 族 ・ 友 人	年 月 日	日まで		
5 移 送 費	交通機関の種類	路 程			
	<input type="checkbox"/> バ ス <input type="checkbox"/> 電 車 <input type="checkbox"/> タ ク シ ー <input type="checkbox"/> 自 家 用 車	から		まで	
		キロメートル	{ <input type="checkbox"/> 片 道 <input type="checkbox"/> 往 復		回
6 上記以外の療養費					
7 療養補償費請求額(1~6の合計額)					
※療養補償費請求支払額		円	※受理	年 月 日	※送金 年 月 日

注意事項

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 「4 看護料」及び「5 移送費」を請求する場合は、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。ただし、看護人が家族・友人、移送で自家用車を利用した場合には、その必要がないこと。
- 「6 上記以外の療養費」の欄には、「1 診療費」及び「3 施術料」に含まれない療養に必要な治療用材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。

様式第3号の2(第4条関係)

診療費請求明細書(病院・診療所用)

				氏名			
傷病名	1 2 3	診療開始日	1 2 3	年 月 日	診療期間	年 月 日から	診療 実日数
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			※審査
再診	再診 外来管理加算	×	日	初診料	円	円	
	時間外	×	日	再診料	×	回	
	休日 深夜	×	日	再診時療養指導管理料	×	回	
指導				その他			
在宅	往診 深夜・緊急	回	回	計			
	在宅患者訪問診療 その他 薬剤	回	回	摘要			
投薬	内服(薬剤 調剤)	×	単位				
	頓服(薬剤 調剤)		回				
	外用(薬剤 調剤)	×	単位				
	処方 麻毒 調基	×	回				





イ 診療報酬点数表により計算できないもの	(文書料, 治療用装具, 入院時室料加算等)	円	※	円
診療費請求合計額 (ア+イ)		円	※	円
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。  年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関の 所在地 名称 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>				

注意事項

- ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 「イ診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(文書料, 治療用装具)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。

診療費請求明細書(歯科用)

傷病名部位											氏名									
											診療開始日									
											年	月	日							
										診療期間		年	月	日から	診療	日				
										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												※審査								
初診	時間外 休日 深夜 乳障 紹病										点	点								
再診	再診×時間外 休日 深夜 乳障 病										指導	衛	F+							
投薬・注射	内・屯・外・注・調× 処方× + ×情×										処	× + ×	注	× ×						
X線検査	パ	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	全顎	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	模	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	EMR	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
処置・手術	即処	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	普処	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	抜	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	髓	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	スクー	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
リング	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
抜歯	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
その他											特定薬剤									

麻酔	伝麻×	浸麻×	IS×	+	×	その他														
歯冠修復及び欠損補綴	補診+	維持管理×	×	×	印象×	×	×	×	×	×	×	+	×							
	歯冠形成	前鑄シ乳帯 (生活) × × ×	前鑄シ乳帯 (失活) × × ×	(根面) × × ×	支台 × × ×	メタル × × ×	咬合 × × ×	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×	× × ×	+	×						
															試験	×	×	×	×	EE×
															充填	×	×	×	×	×
	鑄造歯冠修復	14	K	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		パ	大	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		パ	小	前	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		ニ	大	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
		ニ	小	前	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×					
	銀	大	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×						
	銀	乳	小	前	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×						
	ボンテイク	鑄造	ニ	×	銀	×	裏装	パ	前	×	パ	小	×	装	着	×	×	×	×	
	前装	パ	×	ニ	×	銀	×	14K	×	他	×	×	×	×	×	×	×	×		
	有床義歯	1~4	歯	×	12~14	歯	×	1~4	歯	×	12~14	歯	×	5~8	歯	×	総	義	歯	×
		5~8	歯	×	総	義	歯	×	5~8	歯	×	総	義	歯	×	9~11	歯	×	ゆ	×
	9~11	歯	×	ゆ	×	床裏装	1~4	歯	×	12~14	歯	×	5~8	歯	×	総	義	歯	×	

鑄造鉤	14K 双×双×両×両×両× 大 小 大 大小 前	二×	線鉤	双 × 14K レスト × アリ	不 双 × レスト × ・ 特 レスト × フック × アリ スパー ×				
	バ 双×双×両×両×両× 大 小 大 大小 前								
義歯調整	× × ×	I II	新製・床裏装・I	算定( 年 月)					
その他									
その他				摘要				(合計)	(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	※	円	健康保険等他の法令による受給関係				
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	受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
診療費請求合計額 (ア+イ)		円	※	円	保険の名称				
診療費請求合計額 (ア+イ)		円	※	円	支給される額	円	一部負担金	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

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 「イ 診療報酬点数表により計算できないもの」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。



様式第3号の5(第4条関係)

施術料請求明細書(柔道整復師等用)

				氏名			
傷病名		初検日	年 月 日	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで	施術 実日数	日
施 療 の 内 容			※審 査	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	摘 要	
初 検 料	期 間 時 深	内 外 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	距離(片道)km		回				
	普 通 夜間・難路 暴風雨雪 同一家屋		回 回 回				
初 回 処 置 料			回				
	{ □ 整復料 □ 固定料 □ 施療料		回 回 回				
後 療 料			回 回				
運 動 療 法 料			回				

温 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
冷 電 法 料	月 日から 月 日まで	回	
電 療 料		回	
レントゲン料		回	
宿 泊 料	入室料 月 日から 日間 食事料 月 月 日から 日間 月 月 日から 日間		
そ の 他		医師の同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		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	
合 計		支給される額	円
		一部負担金	円
施 術 料 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			
			施術所の { 所在地 名 称 施術者の氏名 } ⑩

注意事項

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「」には、レ印を記入すること。
- この施術料請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した施術者の証明書を添付してもよいこと。



様式第3号の6(第4条関係)

訪問看護事業者の証明書

		氏名							
傷病名			(訪問看護期間) 年 月 日から 年 月 日まで						
(傷病の経過)				(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						
	円× 回 円	(訪問日)	1	2	3	4	5	6	7
<input type="checkbox"/> 准看護師	円× 回 円		8	9	10	11	12	13	14
管理療養費	初 日 円		15	16	17	18	19	20	21
	2回目以降 回 円		22	23	24	25	26	27	28
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	死亡年月日 年 月 日 円	(情報提供先の市(区)町村の名称)							
合計	円	(備考)							
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】

- 1 該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 2 この訪問看護事業者の証明書の記入に代えて、同様事項を記載した訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

様式第4号(第4条関係)

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <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		休業補償費請求書		請求第 回		
茨城県市町村総合事務組合長 殿				年 月 日		
下記のとおり休業補償費の支払を請求します。				市 町 長 村 <span style="float: right;">印</span>		
被補償者	所属団体名	階級	ふりがな	印		
	住所		氏名			
	生年月日	年 月 日	男・女	職業		
消 防 機 関 の 証 明	事故発生場所	事故又は疾病の発生の原因及びその状況		事故発生の日時	年 月 日 午前・午後 時 分	
	補償基礎額の内訳	補償基礎額	円	平均	月 円	月 円
		基礎額	円	平均	月 円	月 円
		扶養親族	円× 人=	円	月 円	月 円
		基礎額	円× 人=	円	月 円	月 円
		基礎額	円× 人=	円	月 円	月 円
	証明	上記事項は事実と相違ないことを証明します。				
		年 月 日	消(水)防機関の		所在地 名称 責任者氏名 <span style="float: right;">印</span>	
	医 師 等 の 証 明	初診	年 月 日	診断によって疾病の発生が確定した日	年 月 日	入院 入院外
		傷病名並びに傷病の部位及び程度				
傷病の経過						
療養のため勤務その他に従事することができなかったと認められる期間 年 月 日から 年 月 日まで 日間の期間における診療実日数 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の意見						
証明	上記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 職名及び氏名 <span style="float: right;">印</span>		
使用主の証明	療養のため勤務しなかった期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与を支払わなかった日数	日	
	上記事項は事実と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 <span style="float: right;">印</span>		
休業期間	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期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	このうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった日数	日	
休業補償費請求額	補償基礎額	円 × $\frac{60}{100}$ × 日 =			円	
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	
		円		年 月		
		円		年 月		
※補償基礎額	円	※受理	年 月 日	※支払期間	年 月 日から 年 月 日まで	
※休業日数	日	※決定	年 月 日	※前回までの支払期間	年 月 日から 年 月 日まで	
※休業補償費支払額	円	※送金	年 月 日			

注意事項

- ※印の欄は記入しないこと。
- 該当する箇所は○で囲み、「□」には、レ印を記入すること。
- 「医師の意見」の欄には、補償者の職業との関連において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理由等を記載のこと。
- 「基礎額」の欄には非常勤消防団員によっては勤務年数に応じて定められた額を、消防等従事・協力者にあつては事故が発生した日前1年間におけるその者が得た収入の平均月額に応じて定められた額を記載すること。
- 「使用主の証明」の欄には、非常勤消防団員等が、事故が発生した日又は疾病の発生が確定した日に給与所得者であつた場合に記載すること。
- 休業補償の受給権者が、当該傷病について基準政令附則第3条第5項又は第6項に規定する他の法律による年金たる給付を受ける場合には、当該年金証書全文の写しを添付すること。

様式第5号(第4条関係)

<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		傷病補償費請求書				請求第 回
茨城県市町村総合事務組合長 殿						年 月 日		
下記のとおり傷病補償費を請求します。						市 町 長 村 長		
被補償者	所属団体名	階級	ふりがな氏名	印				
	住所	生年月日	職業	印				
消(水)防機関の長の証明	補償基礎額	円	事故発生日	年 月 日				
	基礎額	円	事故発生の状況	別添のとおり				
	扶養親族	円× 人=	円	平均月額	円			
	収入	円× 人=	円	平均日額	円			
	上記事項は事実と相違ないことを証明します。							
年 月 日		消(水)防機関の		所在地 名称 責任者氏名				
初診	年 月 日		診断によって傷病の発生が確定した日	年 月 日				
傷病の名称、部位及びその状態								
傷病等級	第 級 号	傷病等級該当年月日		年 月 日				
既存障害の部位及びその程度								
日常生活の状態								
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			
		円		年 月				
傷病補償年金の算式								
傷病補償年金の年額		円	傷病補償年金請求年額	円				
※補償基礎額		円	※受理	年 月 日				
※傷病等級		第 級 号( 倍)	※決定	年 月 日				
※傷病補償年金支払額		第 1 期分 年額	円× $\frac{1}{12}$ =	円	※送金	年 月 日		
※年金支払決定番号								

注意事項

- 該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 「傷病の名称、部位及びその状態」の欄の記載事項が、添付する診断書の記載事項と同じのときは、「診断書のとおり」と記載すること。
- 傷病補償年金の受給権者が、当該傷病補償の事由となった障害について基準政令附則第3条第1項から第4項までに規定する他の法律による年金たる給付を受ける場合には、当該年金証書全文の写しを添付すること。

様式第6号(第4条関係)

<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 消防団員 <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 費 請 求 書				請求 第 _____ 回
茨城県市町村総合事務組合長 殿						年 月 日		
下記のとおり障害補償費の支払を請求します。						市 町 村 _____ 印		
被補償者	所属団体名	階級	ふりがな					
	住 所		氏 名					
消(水)防機関の長の証明	生年月日	年 月 日生	男・女	職 業				
	補償基礎額	円		事故発生日	年 月 日			
消(水)防機関の長の証明	基礎額	円		事故発生の状況	別添のとおり			
	扶 養	円× 人=	円	平均月額	円			
	親 族	円× 人=	円	平均月額	円			
	額 額	円× 人=	円	平均日額	円			
上記事項は事実と相違ないことを証明します。								
年 月 日				消(水)防機関の _____ 所在地 名称 責任者氏名 印				
医 師 等 の 証 明	初 診	年 月 日		診断によって傷病の発症が確定した日	年 月 日			
	療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		障害状況の詳細(図で示すことのできるものは図解すること。)				
	傷 病 名							
	傷 病 の 部 位							
	傷病の治癒した日	年 月 日						
医 師 等 の 証 明	障害の等級及び部位	第 _____ 級 号(部位)	第 _____ 級 号(部位)	第 _____ 級 号(部位)				
	上記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 職・氏名 印				
障 害 の 等 級	第 _____ 級 号	障 害 補 償 の 種 類	<input type="checkbox"/> 障害補償年金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金					
加 重 障 害	既存障害の部位、程度及び障害の等級差引計算方式	(第 _____ 級 号)						
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 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				
障 害 補 償 費 の 額	年 金 (年 額)						円	
	一 時 金						円	
障 害 補 償 費 請 求 額	年 金 (年 額)						円	
	一 時 金						円	
※補償基礎額						円	※受 理	年 月 日
※傷病等級	第 _____ 級 号( _____ 倍)					円	※決 定	年 月 日
※障 害 補 償 費 支 払 額	年金第1期分	年 額	円× $\frac{1}{12}$ 箇月=		円	※送 金	年 月 日	
	一 時 金						円	※年金支払決定番号

注意事項

- 1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 3 「障害の等級及び部位」の欄には、障害が1ある場合は当該障害についての等級及び当該障害の存する部位を、障害が2以上ある場合はそれぞれの障害についての等級及びそれらの障害の存する部位を記載すること。
- 4 「障害の等級」の欄には、障害が1ある場合は当該障害の等級を、障害が2以上ある場合は基準政令第6条第2項又は第3項の規定により併合又は繰上げをして得た障害の等級を記載すること。
- 5 「障害補償の種類」の欄には、当該障害の等級が第1級から第7級までの場合「障害補償年金」の「□」に、第8級から第14級までの場合は「障害補償一時金」の「□」に、レ印を記入すること。
- 6 「加重障害」の欄中「既存障害の部位、程度及び障害の等級」の欄には、既に障害のある非常勤消防団員等が公務又は消防作業等に従事し、若しくは救急業務に協力したことによる負傷、疾病又は障害によって、同一部位についての障害の程度を加重した場所における既存の障害の部位等を、「差引計算方式」の欄には、当該非常勤消防団員等の加重後の障害の等級に応ずる障害補償の金額から、基準政令第6条第6項各号に定める差引額のうち当該非常勤消防団員等に該当するものを差し引く計算の方式を記載すること。
- 7 この請求書に添付する書類
  - (1) 障害の部位又は程度が明らかでないとき又は図示することが困難なときは、負傷又は疾病が治ったときにおける障害の状態の立証に関する写真又はレントゲンフィルム
  - (2) 障害補償年金の受給権者が、当該障害補償の事由となった障害について基準政令附則第3条第1項から第4項までに規定する他の法律による年金たる給付を受ける場合には、当該年金証書全文の写しを添付すること。

様式第7号(第4条関係)

<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		遺族(葬祭)補償費請求書			
茨城県市町村総合事務組合長 殿						年 月 日	
下記のとおり <input type="checkbox"/> 遺族補償費 <input type="checkbox"/> 葬祭補償費 を請求します。						市 町 村 長 <span style="float:right">印</span>	
消(水)防機関員	所属団体名	階級	生年月日	年 月 日生	被補償者 ふりがな 氏 名 <span style="float:right">印</span>		
	住 所	男・女	職 業				
消(水)防機関の長の証明	補償基礎額	円		事 故	別添のとおり		
	基礎額	円	×	人	=	円	年 月 日
	扶養親族	円	×	人	=	円	平均月額
	平均月額	円	×	人	=	円	平均日額
	平均日額	円	×	人	=	円	
上記事項は事実と相違ないことを証明します。							
年 月 日				消(水)防機関の 所在地 名 称 責任者氏名 <span style="float:right">印</span>			
初 診	年 月 日	診断によって死亡の原因である傷病の発生が 確定した日			年 月 日	死 亡	年 月 日
傷病名及び傷病から死亡までの経過							
遺 族 補 償	区 分	氏 名	生 年 月 日	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 日生			ある・ない	<input checked="" type="checkbox"/>
	受給権者以外 の受給資格者		年 月 日生			ある・ない	いる・いない
			年 月 日生			ある・ない	いる・いない
			年 月 日生			ある・ない	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			
遺族補償年金の額	(算式) =		円	遺族補償年金請求額	円		
前 払 一 時 金	前払一時金申出倍率	<input type="checkbox"/> 200倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 1000倍		前払一時金申出年月日	年 月 日		
	前払一時金を申し出た後に前払一時金を申し出た場合	前払一時金を申し出た月までの期間に係る遺族補償年金の額		年 月 日から 年 月 日まで	円		
	前払一時金の額	補償基礎額の1,000倍に相当する額から上記の額を差し引いた額		(算式)	円 -	円 =	円
受けることができる遺族	氏 名	生 年 月 日	住 所	死亡者との続柄又は関係	障害の有無		
		年 月 日生			ある・ない		
他の法令による受給関係	法令の名称・給付等の種類		支給される額		円		
基準法令第9条の2第2号の規定による差額請求	一時金の額		円	-	既に支払われた年金の合計額	円	= 差額 円
遺族補償一時金の額	円		遺族補償一時金請求額	円			
葬祭補償費の額	円		葬祭補償費請求額	円			

※補 償 基 礎 額			円	※受 理	年 月 日	
※遺族補償費支払額	年金	第1期分	年額 $\text{円} \times \frac{1}{12} \text{箇月} =$	円	※決 定	年 月 日
		一時金前払		円	※送 金	年 月 日
	一 時 金		円	※年金支払決定番号		
※葬 祭 補 償 費 支 払 額			円			

注意事項

- 1 ※印の欄は、記入しないこと。
- 2 該当する「□」には、レ印を記入すること。
- 3 「ある・ない」及び「いる・いない」については、該当するものを□で囲むこと。
- 4 「遺族補償年金」の欄には、遺族補償年金の受給権者又は受給資格者がある場合に記載し、「遺族補償一時金」の欄には、遺族補償年金の受給権者又は受給資格者がなく、かつ、遺族補償一時金を受けることができる遺族がある場合に記載すること。
- 5 この請求書に添付する書類
  - (1) 非常勤消防団員等の死亡診断書、死体検案書若しくはその者の死亡を証する書類又はこれらの写し。ただし、行方不明になったことにより死亡した者と推定される者については、行方不明となった事実及び年月日を証する書類
  - (2) 遺族補償年金の受給権者若しくは受給資格者又は遺族補償一時金を受ける権利を有する者の戸籍の謄本。この場合において、これらの者が非常勤消防団員等と婚姻の届出をしていなかったが、事実上婚姻関係と同様の事情にあったときは、その事実を証する書類
  - (3) 非常勤消防団員等の遺族のうち、基準政令第10条の規定により、当該非常勤消防団員等の死亡に係る遺族補償年金又は遺族補償一時金を受けることができなくなった者については、その事実を証する書類
  - (4) 遺族補償年金の受給資格者が、非常勤消防団員等の死亡の当時その収入によって生計を維持していたことを証する書類
  - (5) 遺族補償年金の受給資格者が遺族補償年金の受給権者と生計を同じくしているときは、その事実を証する書類
  - (6) 非常勤消防団員等の遺族のうち、障害の状態にあることにより遺族補償年金の受給権者又は受給資格者となった者については、その者が非常勤消防団員等の死亡の時から引き続き障害の状態にあることを証する医師の診断書若しくはそのことを証する書類又はこれらの写し
  - (7) 遺族補償年金の受給権者が、当該遺族補償の事由となった死亡について基準政令附則第3条第1項から第4項までに規定する他の法律による年金たる給付を受ける場合には、当該年金証書全文の写しを添付すること。
  - (8) 遺族補償一時金を受ける権利を有する者のうち、基準政令第9条第1項第2号又は第3号に該当する者については、そのことを証する書類
  - (9) 遺族補償一時金を受ける権利を有する者のうち、基準政令第9条第1項第3号に該当する者で、かつ、非常勤消防団員等の死亡の当時障害の状態にある3親等内の親族については、その者が非常勤消防団員等の死亡の当時障害の状態にあることを証する医師の診断書若しくはそのことを証する書類又はこれらの写し
  - (10) 遺族補償一時金を受けることができる遺族のうち、基準政令第9条1項第3号又は第4号に該当する者で、同条第3項の規定により、遺族補償一時金を受ける権利を有するに至った者については、そのことを証する書類

様式第8号(第8条, 第9条関係)

<input type="checkbox"/> 消防団員	<input type="checkbox"/> 水防従事者	療養の現状報告書			年金支払 決定番号	
<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	茨城県市町村総合事務組合長 殿		市 町 長 印		
下記のとおり療養の現状を報告します。				消防団員等の 住 所 氏 名 印		
事故発生日	年 月 日	療養開始日	年 月 日			
傷 病 名		傷病等級	第 級 号			
傷 病 の 経 過 又 は 状 況		日常生活 の 概 況				
医 師 等 の 証 明	傷病又は障害の種類					
	傷病の経過及び 治療方法の概要					
	傷病又は障害の現状					
	今後の見込み					
	上記事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 所 在 地 病院又は診療所の 名 称 医 師 氏 名					
他 の 受 給 関 係 に よ	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	
		円		年 月		
		円		年 月		

【注意事項】

- この報告書は、毎年1回2月1日から同月末日までの間(療養の開始後1年6月を経過した日において当該負傷又は疾病が治っていない者は、同日後1月以内)に提出するものであること。
- 該当する「□」にはレ印で示すこと。
- 「傷病の経過又は状況」及び「日常生活の概況」の欄には、最近1年間について記入すること。



様式第9号(第8条関係)

<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	
							年 月 日	
茨城県市町村総合事務組合長 殿 下記のとおり年金受給に関する 現状を報告します。				市 町 長 村			印	
				消防団員等の 住 所 氏 名			印	
治ゆの年月日	年 月 日	傷病等級	第 級	事故発生日	年 月 日			
身体障害の状況								
日常生活の概要								
他 の 受 給 関 係 の 法 令 に よ	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			
		円		年 月				
		円		年 月				
添付する書類その他の資料名								

※ 医師の証明
傷病の種類
傷病及び障害の状況
今後の見込み
<p>(報告者の氏名)</p> <p>.....については上記のとおりであると認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地  病院又は診療所の 名称  医師氏名</p>

**【注意事項】**

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「身体障害の状況」及び「日常生活の概要」の欄の記入にあつては、最近1年間について記入すること。

様式第10号(第8条関係)

<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	
						年	月
茨城県市町村総合事務組合長 殿 下記のとおり年金受給に関する 現状を報告します。				市 町 長 村		印	
				消防団員等の 住 所 氏 名		印	
治ゆの年月日	年	月	日	障害等級	第 級	事故発生日	年 月 日
身体障害の状況							
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 級)	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		
		円		年 月			
		円		年 月			
添付する書類その他の資料名							

※ 医師の証明
身体障害の種類
身体障害の現状
今後の見込み
<p>(報告者の氏名)</p> <p>-----については上記のとおりであると認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 病院又は診療所の 名称 医師氏名</p>

**【注意事項】**

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「身体障害の状況」及び「日常生活の概要」の欄の記入にあつては、最近1年間について記入すること。

様式第11号(第8条関係)

<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		遺族補償年金 定期報告書		年金支払 決定番号	
						年 月 日	
茨城県市町村総合事務組合長 殿 下記のとおり年金受給に関する 現状を報告します。				市 町 村		<input type="checkbox"/>	
				受給権者の 住 所 氏 名		<input type="checkbox"/>	
1 消防団員等の氏名				事故発生日	年 月 日		
				死 亡 日	年 月 日		
2 受給権者 及びその 者と生計 を同じく している 遺族補償 年金を受 けること ができる 遺族	氏 名	生年月日	年 齢	住 所	死 亡 者 との続柄	障害の有無	
			歳			有・無	
			歳			有・無	
			歳			有・無	
			歳			有・無	
			歳			有・無	
3 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	第 号	年 月			
		円	第 号	年 月			
		円	第 号	年 月			
4 添付する書類その他の資料名							

**【注意事項】**

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が記入すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 2 該当する□にレ印を記入すること。
- 3 「障害の有無」の欄には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 この報告書には、次に掲げる書類を添付するものとする。
  - (1) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族の戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市町村長の発行する証明書
  - (2) 受給権者及びその者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族のうち、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書その他の書類及び資料
  - (3) 受給権者と生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族については、その事実を証明することができる書類

様式第12号(第10条関係)

<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	
<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			
茨城県市町村総合事務組合長 殿		市 町 長 <span style="float: right;">印</span>		
下記のとおり年金に関する異動 を報告します。		受給権者の 住 所 氏 名 <span style="float: right;">印</span>		
消防団員等の氏名		事故発生日	年 月 日	
異 動 内 容				
異動した者の氏名		異動年月日	年 月 日	
備 考				

【注意事項】

- 1 該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「異動内容」の欄には、次の各号に掲げる事由を記載し、当該各号に定める書類を添付すること。
  - (1) 氏名の変更があったとき・・・その事実を証する書類
  - (2) 住所に変更があったとき・・・その事実を証する書類
  - (3) 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者の障害の程度に変更があったとき・・・障害の部位及び状況(図で示すことのできるものは図解すること。)、障害の程度に変更を生じた年月日、理由及び予想される傷病等級又は障害等級を記載した医師若しくは歯科医師の診断書その他の書類及び資料
  - (4) 傷病補償年金又は障害補償年金の受給権者が死亡したとき・・・その者の死亡を証することができる戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市町村長の発行する証明書
  - (5) 遺族補償年金の受給権者又は受給資格者にあつては次に掲げるとき
    - ア 死亡したとき・・・その者の死亡を証することができる戸籍の謄本又は抄本あるいはこれに代わる市町村長の発行する証明書
    - イ 婚姻(内縁を含む。)をしたとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する市町村長の発行する証明書
    - ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子(内縁を含む。)となったとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する市町村長の発行する証明書
    - エ 離縁によって死亡した非常勤消防団員等との親族関係が終了したとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する市町村長の発行する証明書
    - オ 子、孫又は兄弟姉妹については18歳に達した日以後の最初の3月31日が終了したとき(非常勤消防団員等の死亡の時から引続き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第5条に規定する障害の状態(カ及びキにおいて「特定障害状態」という。)にあるときを除く。)
    - カ 基準政令第8条の2第4項第1号に該当するに至ったとき(非常勤消防団員等の死亡の時から引続き特定障害状態にあるときを除く。)
    - キ 非常勤消防団員等の死亡の当時特定障害状態にあつた夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹の当該状態がなくなったとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する医師の診断書その他の書類及び資料
    - ク 基準政令第8条の2第4項第2号に該当するに至ったとき(55歳以上であるときを除く。))・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する医師の診断書その他の書類及び資料
    - ケ 受給権者と生計を同じくしていた受給資格者が生計を異にするとき
    - コ 生計を異にしていた受給資格者が受給権者と生計を同じくするに至ったとき・・・その者の住民票並びにその事実及び事実の生じた年月日を証する書類
    - サ 非常勤消防団員等の死亡の当時胎児であつた子が出生したとき・・・その者の住民票
    - シ 所在が1年以上明らかでないとき、又は所在が明らかでないことにより遺族補償年金の支払を停止された者の所在が明らかとなったとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する書類
    - ス 先順位又は同順位の他の遺族を故意に死亡させたとき・・・その事実及び事実の生じた年月日を証する書類
    - セ 基準政令第8条の3第1項の規定により遺族補償年金を受ける権利が消滅した場合において、その権利が消滅した受給権者と生計を異にしていた次順位者が受給権者となったとき・・・その者並びにその者と生計を同じくしている受給資格者の氏名及びその事実を証する書類並びにそれらの者の住民票
  - (6) 同一の事由により支給されていた他の法律による年金の支給額に変更があったとき・・・当該年金証書全文の写し
  - (7) 同一の事由により支給されていた他の法律による年金が支給されなくなったとき・・・支給されなくなった理由及び支給されなくなった年月日を証する書類



様式第13号(第12条関係)

補 償 整 理 簿							
( 年度)							
1 療養補償							
番号	年月日	所 属 市町村	階 級 職 業	団員氏名	傷病名	金 額	摘 要

様式第14号(第12条関係)

補 償 整 理 簿								
( 年度)								
2 休業補償								
番号	年月日	所 属 市町村	階 級 職 業	団員氏名	傷病名	実日数	金額	摘 要

様式第15号(第12条関係)

( 年度)

補 償 整 理 簿

3 障害補償

番号	年月日	所 属 市町村	階級 職業	団員氏名	傷病名	障害の程度	金額	摘 要

様式第16号(第12条関係)

( 年度)

補 償 整 理 簿

4 遺族補償

番号	年月日	所 属 市町村	階級 職業	団員氏名	遺族氏名	団員との 続 柄	金額	摘 要

様式第17号(第12条関係)

( 年度)

補 償 整 理 簿

5 葬祭補償

番号	年月日	所 属 市町村	階級 職業	団員氏名	葬祭を行う 者の氏名	団員との 続 柄	金額	摘 要