

公務災害認定請求書

*認定
番号

地方公務員災害補償基金栃木県支部長__殿 下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		請求年月日 年 月 日	
		(千 -)	
請求者の住所 _____ _____ ふりがな 氏 名 _____ 被災職員との続柄 _____		請求者の住所 _____	
		請求者の住所 _____	
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名		所属部局・課・係名 (電話)
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号		第 号
	氏 ふりがな 名 _____ 年 月 日 生 (歳)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	職 名		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	災害発生の日時		前
	年 月 日 (曜日)		午 時 分 ごろ
			後
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		
組合員証の使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有 の と き	使用期間 年 月から 月まで 使用先

*受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
*通 知	年 月 日	*認 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 「2 災害発生の状況」又は「* 5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。
- 4 「* 3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。

2 災 害 発 生 の 状 況 等	
* 3 所長 属の 部証 局明 の	<p>1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属部局の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">}</div> <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>長の職・氏名</p> </div> </div>
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者 加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告 書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他
* 5 任命 権者 の 意 見	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 60px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名</p>

- 5 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員。
- 6 「* 5 任命権者の意見」の欄中 には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
05 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師
08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員
12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 7 年月日の記載には元号を用いる。

通勤災害認定請求書

〔法第2条第2項第1号関係
住居と勤務場所との間の往復の場合〕

*認定
番号

地方公務員災害補償基金栃木県支部長__殿 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。	請求年月日 年 月 日		
	(〒 -) 請求者の住所 _____ _____ ふりがな 氏 名 _____ 被災職員との続柄 _____		
1 被 災 職 員 に 関 す る 事 項	所属団体名	所属部局・課・係名 (電話 _____)	
	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 第 _____ 号		
	氏 名	_____ 年 月 日 生 (_____ 歳)	
	職 名	_____ <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
	災害発生の日時	_____ 年 月 日 (_____ 曜日) 午 _____ 時 分 前 後	
	災害発生の場所		
	傷 病 名		
	傷病の部位及びその程度		
	組合員証の使用の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有 の と き	使用期間 年 月 から 年 月 まで 使用先

*受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
*通 知	年 月 日	*認 定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非該当

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、主事、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 3 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい(公務の性質を有するものを除く。)、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。
ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。
したがって、「2 災害発生の状況等」の欄には、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかとなるよう、その状況を記入すること。
- 4 「2 災害発生の状況等」又は「*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

2 災 害 発 生 の 状 況	(1) 災害発生の日の勤務開始（予定）時刻又は勤務終了の時刻	午 前 時 分ごろ	午 後 時 分ごろ	
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	午 前 時 分ごろ	午 後 時 分ごろ	
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 前 時 分ごろ	午 後 時 分ごろ	
	(4) 災害発生の状況			
* 3 所長 属の 部証 局明 の	1 及び 2 については、上記のとおりであることを証明します。			
	年 月 日	所在地 所属部局の 名称 長の職・氏名		
4 添付する資料名	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他			
* 5 任命 権者 の 意 見	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px dashed black; width: 120px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名</p>			

- 5 「2 災害発生の状況等」の(1)の欄には、災害が出勤の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合は、勤務終了の時刻を記入すること。また、(2)の欄は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)の欄は、災害が退勤の際に生じた場合にそれぞれ記入すること。
- 6 「*3 所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 7 「*5 任命権者の意見」の欄中□には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 8 「*5 任命権者の意見」の欄中 □□□□には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
05 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師
08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員
12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

災 害 現 認 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金

栃木県支部長様

現認者 住所.....

所 属.....

氏 名.....

被災職員	所 属	
	職 ・ 氏 名	

現 認 の 日	年 月 日 時 分ごろ
---------	-------------

現 認 の 場 所	
-----------	--

現認の状況

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

※この現認書は、災害の目撃者（同僚）に作成してもらうこと。
また、目撃者がいない場合は、災害状況報告を最初に受けた者（上司）が作成すること。

現場見取図

作成年月日 年 月 日

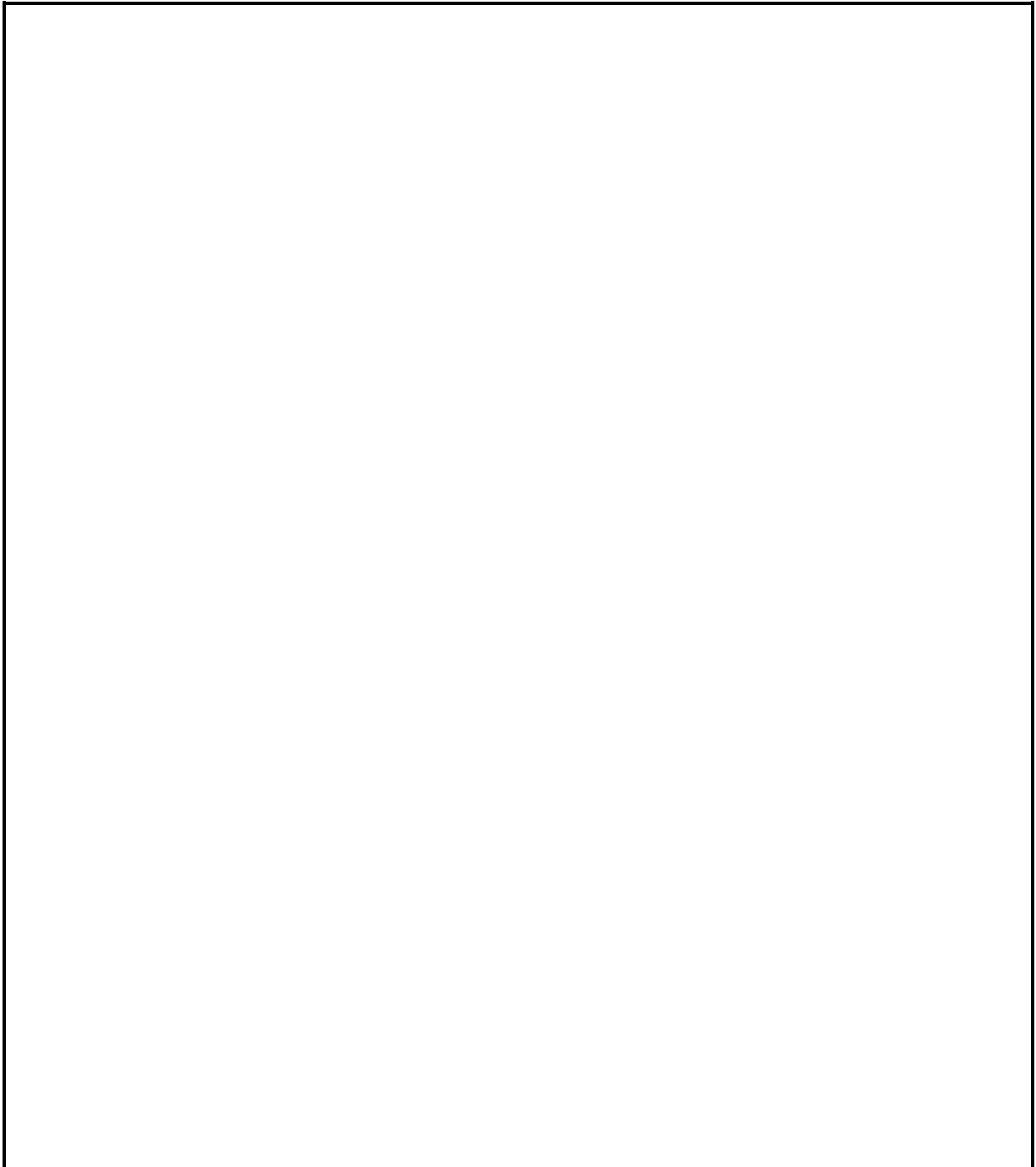
作 成 者 所 属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長

(注) 災害発生現場を平面図により表示し、被災者及び現認者の位置がわかるようにして下さい。

災害発生状況見取図



作成年月日 年 月 日

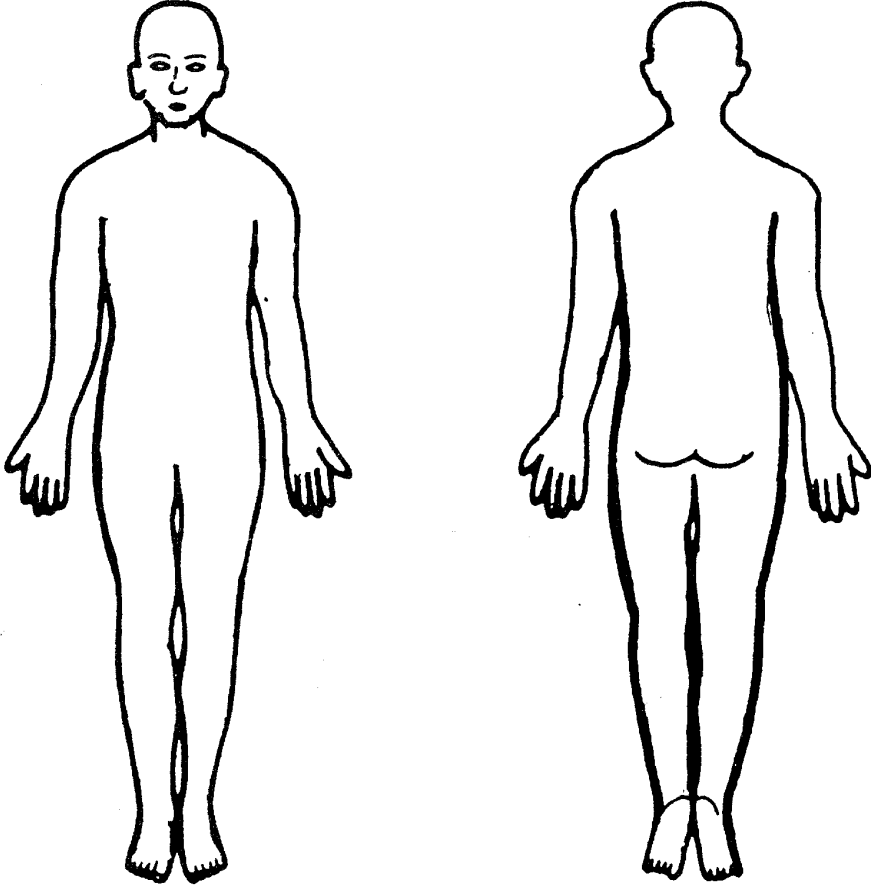
作 成 者 所 属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長

(注) 災害発生状況を具体的姿勢図で示し、適宜説明を加えて下さい。

負傷部位略図



前面

後面

—— <説明> ——

作成年月日 年 月 日

作成者 所属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長

経 路 図

・既製の地図を用いること

作成年月日 年 月 日
作 成 者 所 属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長

第三者加害報告書 (公務災害・通勤災害)
(交通事故・交通事故以外)

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿

年 月 日

地方公務員災害補償法施行規則第47条の規定により届け出ます。

請 求 者 住 所
氏 名

1 被災職員について記載してください。

所属	氏名	生年月日	年	月	日生
----	----	------	---	---	----

2 災害発生状況について記載してください。

日 時 年 月 日 午前・午後 時 分頃

場 所

災害発生状況(被災職員・加害者の行動、災害発生の原因と周囲の状況をできるだけ詳しく記入してください。
なお、現場見取図を添付してください。)

(概要)

災害を目撃した人がいる場合には記載してください。

目撃者の氏名	住所
目撃時の状況	

3 第三者(加害者)(加害者不明の場合にはその旨を記入してください。交通事故の場合は運転者。)について記載してください。

氏名 (才)

住所 電話

職業(勤務先) 電話

4 第三者(加害者が業務中であつた場合は所属する事業所、未成年者の場合は親権者、精神病患者の場合は監督義務者を記載してください。)又は運行供用者について記載してください。

名称又は氏名 電話

住所

事業の内容又は職業

代表者(役職) (氏名)

5 災害調査を行った警察署又は交番の名称を記載してください。

警察署 係(交番)

6 交通事故の場合、加害車両の自動車損害賠償責任保険(共済)について記載してください。

加害車両(車種) (登録番号)

自賠責保険証明書番号

保険契約者(氏名) (住所)

第三者(加害者)と保険契約者との関係……事業主・親族()・友人・知人・その他()

保険契約期間……自 年 月 日 至 年 月 日

保険会社名 電話

担当者名

保険会社住所

7 交通事故の場合、加害者の任意保険について記載してください。							
自動車保険証券番号							
保険契約者(氏名)							
第三者(加害者)と保険契約者との関係……事業主・親族()・友人・知人・その他()							
保険契約期間……自 年 月 日 至 年 月 日							
保険会社名				電話			
担当者名							
保険会社住所							
8 保険金の請求等について記載してください。							
保険金(損害賠償額)請求の有無……有・無							
有の場合の請求方法……イ 自賠責保険(共済) 単独 ロ 自賠責保険(共済)と任意保険との一括払							
保険金(損害賠償額)の支払を受けている場合は、受けた者の氏名、金額及びその年月日							
氏名							
金額 円							
受領年月日 年 月 日							
保険契約者(氏名)							
保険会社名				電話			
担当者名							
保険会社住所							
9 あなた(被災職員)の人身傷害補償保険について記載してください。							
人身傷害補償保険に……加入している・加入していない							
自動車保険証券番号							
保険契約者(氏名)							
保険会社名				電話			
担当者名							
保険会社住所							
人身傷害補償保険金の請求の有無 無・有							
人身傷害補償保険金の支払いを受けている場合は、受けた金額及びその年月日							
円 年 月 日							
10 身体損傷について記載してください。							
区 分		被災職員			第三者(加害者)		
部位・傷病名							
程 度							
診療機関名							
診療機関住所							
11 損害賠償の受領額について記載してください。							
現在までに事故に関して基金以外の者から金品を……受領した・受領の予定・受領していない							
上の質問で、受領したあるいは受領の予定と答えた場合には、いつ、だれから、なにを、いくらもらったかを記入してください。(基金の補償額の算定に重要です。また故意に虚偽の申告をした場合には、補償費の返還を命ずることがありますので注意してください。)							
受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目	受領年月日	金額又は品名	支払者	名 目

12 第三者との話し合いの状況について記載してください。	
現在相手方(加害者)と……示談する段階ではない・示談中・示談をする予定・示談が成立した・示談はしない その他()	
上記の状況等を記載してください。	
13 過失割合について、あなたはどのように考えるか記載してください。	
被災職員()% 第三者(加害者)()%	
その理由	
14 治療に係る地方公務員災害補償基金(基金)への補償請求の有無について記載してください。	
治療費を基金へ請求しますか。(イ～ハを選択してください。)	
……イ 基金へ請求しない(全額第三者へ請求する。)	
ロ 一応基金へ請求しない(第三者が支払った残りを請求する。)	
ハ 基金へ請求する	
上記請求方法を選択した理由を具体的に記載してください。	
所属長の証明欄	
上記の記載内容は事実と相違ないことを証明します。	
年 月 日	
所 属	
職・氏名	

- 1 (公務災害・通勤災害)のいずれか及び(交通事故・交通事故以外)のいずれか該当するものに○をしてください。
- 2 災害発生後、誓約書及び事実確認書(事実確認書が取れない場合は、未提出理由書)と共に速やかに提出してください。
- 3 第三者(加害者)と示談(和解)を行う場合は、その内容等について、あらかじめ地方公務員災害補償基金栃木県支部に必ず相談してください。示談内容によっては補償の額に重大な影響がありますのでご注意ください。

事 実 確 認 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿

(確認者) 住 所
氏 名
(当事者 (乙) との関係

印
)

当 事 者	甲	住 所	
		氏 名	
	乙	住 所	
		氏 名	
事故発生日時			
事故発生場所			
事故発生の状況			

事故発生状況報告書

保険証明書 番 号	第 号	当 事 者	甲(加害運転者)	氏 名 (電 話)		
自動車の番号			乙(被 害 者)	氏 名 (電 話)	運転・同乗・ 歩行・その他	
天 候	晴・曇・雨・雪・霧	交 通 状 況	混雑・普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・夕方	
道 路 状 況	塗 装 { してある 歩道(両・片) { ある { してない、 { ない、		直線・カーブ、平坦・坂			
	見通し { 良い 積雪・凍結 { 悪い					
信号又は標識	信 号 { ある 駐・停車禁止 { されている { ない、 { されていない、		その他の標識			
速 度	甲車両 km/h(制限速度 km/h)、乙車両 km/h(制限速度 km/h)					
事故現場に於ける自動車と被害者との状況を图示して下さい。	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい。)					
てくたさい。上記図の説明を書い	<div style="text-align: right;"> <p>自 車 </p> <p>(甲車両)</p> <p>相 手 車 </p> <p>(乙車両)</p> <p>進 行 方 向 </p> <p>信 号 </p> <p>一 時 停 止 </p> <p>人 間 </p> <p>自 転 車 </p> <p>オ ー ト バ イ </p> </div>					

別紙交通事故証明書に補足して上記のとおりご報告申し上げます。

年 月 日

報告者(申請者との関係)

地方公務員災害補償

既往歴報告書

1 に 関 する 事 項 被 災 職 員	所属団体	所属部局
	職 名	氏 名 (歳)
2 既 往 症 等 に 関 す る 事 項	被災前三ヶ月間の健康状態	
	身体障害の程度	

	既往症及び基礎疾病の有無 (有の場合は具体的に)	
	最近一年間の共済組合員証の使用状況	
	過去二年間に於ける 有無 公務又は通勤災害の	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>地方公務員災害補償基金 栃木県支部長 殿</p> <p style="text-align: right;">所在地 名称 長の職・氏名</p>		

[注意事項] この報告書は、公務又は通勤災害認定請求に係る傷病が「疾病」である場合に用いてください。なお、この場合には、必ず被災職員の所属あるいは公務又は通勤災害担当部局で調査のうえ提出してください。

腰痛症の公務災害発生状況に関する調書

1	被災職員所属団体	2	被災職員氏名	3	災害発生年月日	4	初診年月日
					年 月 日		年 月 日

5 被災職員に関する事項

① 被災職員の身長、体重 身長 cm 体重 kg

② 過去に公務災害や通勤災害で、腰部、背部又は頸部を痛めたことがありますか。

イ. ありません。

ロ. あります。（認定番号 ）

③ 私傷病（公務災害・通勤災害以外）で、腰部、背部又は頸部を痛めたことがありますか。

イ. ありません。

ロ. あります。（最近のものについて、下記に答えてください。）

- ・それはいつごろですか。 年 月 日
- ・どういう病名でしたか。 傷病名： _____
- ・それは治りましたか。 治った・治らない
- ・どれくらいの期間治療しましたか。 年 月 日

6 腰痛発症時における作業状況及び動作等に関する事項

① 災害発生場所の状況（地面、足場等）はどうでしたか。

② その日は、発症するまで、どういう作業をどのくらいしていましたか。

作業内容： _____

作業時間： _____ 時間 _____ 分

③ どういう物を持ち上げたり、動かしたりした時に負傷しましたか。

イ. 名称（種類）： _____

ロ. 重 量：約 _____ kg

④ その物は何で出来ていますか。また、中に何が、どれくらい入っていましたか。

イ. 物の種類： _____

ロ. 中身の種類： _____

⑤ 形状（形、大きさ）を下に図示し、寸法を記入してください。

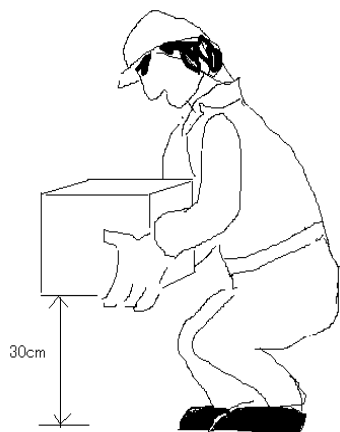
⑥ その物を何人で持ち上げたり、動かしたりしたのですか。

⑦ 両手を使いましたか、片手でしたか。

⑧ 転倒といった事故的なことがありましたか。

⑨ どういう体勢になった時に痛みましたか。下に図示してください。

(参考例)

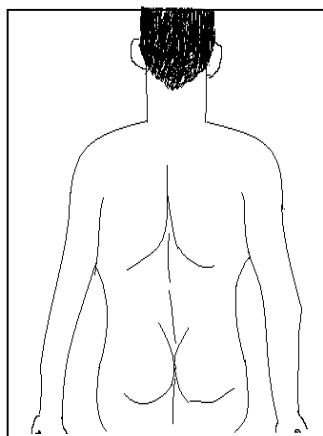


7 症状に関する調査事項

① 体のどの部分が、どのように痛みましたか。

イ. 痛んだ部分を右の図に  印で示してください。

ロ. どのように痛みましたか。



背中

② その後、痛みは、どうなりましたか。

③ まだ、痛みが残っていますか。

④ 現在、通院していますか。

⑤ どのような治療を受けていますか。(○印又は記入)

・注射 ・温熱パック ・牽引 ・コルセット ・治療体操 ・内服薬 ・湿布

その他 (_____)

⑥ 今後の見込みについて(主治医は、どのように話しているか。)

別紙1

上肢業務の調査項目表

1 職歴

- (1) 採用年月日
- (2) 発症時の職種・職名
- (3) 当該職務の従事期間

2 職務の状況

- (1) 職務の内容（詳細は別添No. のとおり）

- (2) 当該勤務所における同種の職員の数及びその配置の状況並びに職場における同種の職員の定員及び充員の状況

- ①同種の職員数

- ②配置の状況

- ③同種の職員の定員及び充員の状況

- (3) 業務量

- ア 業務量が過重である場合（詳細は別添No. のとおり）

- (ア) 原則として発症前6か月間における当該勤務所の同種の職員の1人当たり月平均業務量（業務量は、原則として、タッチ数、印字数、処理枚数、スタンプ押印回数等で測定すること。以下同じ。）

- (イ) 発症前3か月間における請求者の月別業務量（詳細は別添No. のとおり）

イ 業務量が一定しない場合

(ア) 原則として発症前6か月間における請求者の日平均業務量

(イ) 発症前3か月間における請求者の毎日の業務量

(ウ) その他請求者の業務量

(4) その他

職場又は請求者についての特殊事情等

3 業務の態様

(1) 作業時間

1日の勤務時間のうち上肢業務に従事する時間帯及び時間数

(2) 使用機器

名称、型式、性能、大きさ、上肢への負担の程度等

(3) 作業姿勢

身体と機器との位置関係、立位・座位等の状態、同一姿勢の持続時間数等

(4) その他

職場の作業管理基準、職場又は請求者についての特殊事情等

4 業務環境

(1) 作業室の構造

広さ、建物の材質、機器の配置状況等

- (2) 騒音及び照明
騒音（ホン）、照度（ルクス）、まぶしさの有無等

- (3) 室温及び換気
室温、冷暖房の状態、日当たり、換気の状態等

- (4) その他
職場の特殊事情等

5 勤務の状況

- (1) 1週間の勤務時間数及び勤務時間の割振りの状況

- (2) 休憩・休息時間の取り方、休憩・休息施設の状態等

- (3) 発症前6か月間における時間外勤務時間数（詳細は別添No. のとおり）

- (4) 発症前6か月間における年次休暇、病気休暇等の行使状況

- (5) その他
請求者についての特殊事情等

6 生活の状況

- (1) 職場における上司、同僚等との関係

- (2) 結婚、出産等の事情

- (3) その他
通勤の事情、運動歴等

7 身体の状況

- (1) 発症前3年間における健康診断の結果（別添No. のとおり）
- (2) 同期間内においてり患した傷病の状況
- (3) 体格、体質等
- (4) その他
当該勤務所において同様の症状を訴えている同種の職員の有無及びそれらの職員の療養の状況等

8 当該疾病の状況

- (1) 発症年月日
- (2) 症状の経過（詳細は別添No. のとおり）
- (3) 療養の経過及び治ゆの見込時期

- (注) 1 2の(3)のイの事項は、同アの事項の調査結果により、請求者の業務量が、同種の他の職員と比較して過重であると認められる場合には、調査する必要がないものであること。
- 2 2の(3)のイの(ウ)の事項は、同イの(ア)及び(イ)の事項の調査結果により、請求者の業務量が一定しないと認められる場合には、調査する必要がないものであること。
- 3 4、5及び6に掲げる事項は、この調査項目表の他の事項の調査結果により、当該災害が公務上の災害と認められる場合には、調査する必要がないものであること。

作成年月日 年 月 日

作成者	所属名：	職名：	氏名：
被災者氏名：		(男・女)	年 月 日生 (発症時 歳)
所属名・職名		適用給料表	級 号
職 種： <input type="checkbox"/> 事務吏員 <input type="checkbox"/> 技術吏員 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 警察官 <input type="checkbox"/> 消防吏員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ()			
1 所属の組織又は機構図 (別添No. のとおり)			
2 被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況 (別添No. のとおり)			
3 人事記録 (別添No. のとおり)			
4 勤務形態： <input type="checkbox"/> 交替制勤務 <input type="checkbox"/> それ以外			
ア 平日、土曜日別の勤務時間、休憩時間及び休息時間			
		(勤務時間)	(休憩時間) (休息時間)
平日：			

土曜：			

イ 週所定勤務時間数： 時間 分			

ウ 交替制勤務の内容			
シフトごとの勤務時間、休憩時間及び仮眠時間帯等 (勤務割表及び仮眠時間割当表等は、別添 No. のとおり)			
5 被災職員の所属する組織全体の業務及び分担状況 (別添No. のとおり)			
6 災害発生の状況			
① 災害発生の概況			
発生日時： 年 月 日 時 分頃			

疾病名：			

場 所：			

療養状況：			

② 災害発生現場の見取図及び写真 (別添No. のとおり)			
③ 異常な出来事・突発的事態			
ア 重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことの有無及びその詳細			
<input type="checkbox"/> 有 (詳細及び消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等は、別添No. のとおり)			
<input type="checkbox"/> 無			

	イ 日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細は別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
	ウ 暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細及び気象官署等の証明は、別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
	エ その他、緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態並びに急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことの有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（詳細は、別添No. のとおり） <input type="checkbox"/> 無
7 災害発生前の職務従事状況及び生活状況等	
① 通常の日常の職務内容（詳細は、別添No. のとおり）	
② 被災前の職務内容（通常の日常の職務内容との相違の有無及び比較を含む。）	
ア 発症前日から発症当日までの職務内容 ----- ----- ----- （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容） ----- ----- -----	
イ 発症前1週間の職務内容 ----- ----- ----- （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容） ----- ----- -----	
ウ 発症前1か月間の職務内容 ----- ----- ----- （上記①との比較（職務内容、業務量等）： <input type="checkbox"/> 変化有 <input type="checkbox"/> 変化無） （変化有の場合、その内容） ----- ----- -----	

	<p>エ 発症前概ね半年間程度の職務内容</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>(上記①との比較(職務内容、業務量等) : <input type="checkbox"/>変化有 <input type="checkbox"/>変化無)</p> <p>(変化有の場合、その内容)</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
	<p>③ 発症前日から直前までの勤務状況及び発症状況の詳細(別添No. のとおり)</p>
	<p>④ 発症当日から遡り過重な職務が続いていると認められる時点までの職務従事状況及び生活状況の詳細 (発症前1か月間は別紙1、発症前1か月間を超える期間は別紙2のとおり)</p>
	<p>⑤ 通勤の経路、方法、時間等(通勤届は、別添No. のとおり)</p>
<p>7 被災職員の身体状況に関する事項</p>	
	<p>① 健康診断結果</p>
	<p>ア 定期健康診断(過去5年間)の記録の写し、指導区分及び事後措置の内容(別添No. のとおり)</p>
	<p>イ 人間ドック(過去5年間)の診断結果の写し(別添No. のとおり)</p>
	<p>② 心・血管疾患及び脳血管疾患に係る既往歴</p>
	<p><input type="checkbox"/>有(以下にその内容を記入) <input type="checkbox"/>無</p>
	<p>ア 疾病名</p>
	<p>イ 医療機関名</p>
	<p>ウ 治療状況</p>
	<p>③ 上記②に係る素因・基礎疾患の状況</p>
	<p>ア 主治医の所見(別添No. のとおり)</p>
	<p>イ 医学的資料(別添No. のとおり)</p>
	<p>(ア) 診断書</p>
	<p>(イ) 診療録又は診療要約</p>
	<p>(ウ) CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図等</p>
	<p>(エ) 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等</p>
	<p>④ 祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等(別添No. のとおり)</p>
	<p>⑤ 発症前の趣味、嗜好等の状況</p>
	<p>ア 趣味、スポーツ等 <input type="checkbox"/>有() <input type="checkbox"/>無</p>
	<p>イ 嗜好品の状況</p>
	<p><input type="checkbox"/>タバコ(本/日) <input type="checkbox"/>飲酒【<input type="checkbox"/>日本酒(合/日) <input type="checkbox"/>ビール(本/日) <input type="checkbox"/>洋酒(杯/日)】 <input type="checkbox"/>コーヒー(杯/日)</p>
	<p>ウ 薬の服用状況(高血圧症、動脈硬化症、高脂血症に係る薬剤名等)</p>
	<p><input type="checkbox"/>有(薬剤名 服用頻度・量) <input type="checkbox"/>無</p>

	エ 自動車の保有、発症前の運転の状況等 <input type="checkbox"/> 有（週 日運転 ） <input type="checkbox"/> 無
8	発症前の被災職員の前駆症状又は警告症状の有無及びその詳細 <input type="checkbox"/> 有（以下にその詳細を記入） <input type="checkbox"/> 無 ① 証言者： 日時： 場所： ----- 内 容： ----- ② 証言者： 日時： 場所： ----- 内 容： -----
9	発症後の医師の所見等 ① 主治医の所見（別添No. のとおり） ② 医学的資料（別添No. のとおり） ア 診断書・意見 イ 死亡診断書（死体検案書）・解剖所見 ウ 診療録又は診療要約 エ CT、MRA、MRI、冠動脈造影、超音波検査、X線写真等画像及び心電図 オ 血圧検査・血液生化学検査等諸臨床検査の結果等 ③ 発症後の療養経過： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 療養中（その状況を以下に記入） <input type="checkbox"/> 職場復帰 療養内容 ----- 療養期間（入院、通院別） ----- 医療機関名 ----- 現況 -----
10	支部専門医の所見（別添No. のとおり）
11	その他の事項 ① 発症時の事務室、勤務場所の見取図、写真等及び騒音、照度等の職場環境（別添No. のとおり） ② 発症日の気象（勤務場所における天候、気温、湿度、風速等） ----- ③ その他公務上災害の認定に際し、必要と思われる事項（別添No. のとおり）
12	添付を要する資料の一覧（例示）

- 1 所属の組織図又は機構図
- 2 被災時の所属の人員配置及び上司、同僚、部下等の病休、欠員等の状況
- 3 人事記録
- 4 勤務割表及び仮眠時間割表等（交替制勤務の場合）
- 5 被災職員の所属する組織全体の業務状況及び分担当況
- 6 災害発生現場の見取図及び写真
- 7 重大な犯罪、異常な自然現象、火災等異常な状態に遭遇したことにに関する資料（消防署、気象官署等の証明、目撃者の証言等）
- 8 日常は肉体的労働を行わない職員が特別な事態の発生により過重な肉体的労働に従事したことにに関する資料
- 9 暴風、豪雪、猛暑等異常な気象条件下で職務に従事したことにに関する資料（気象官署等の証明）
- 10 その他、緊急に強度の身体的負荷を強いられる突発的又は予測困難な異常な事態並びに急激で著しい作業環境の変化の下で職務に従事したことにに関する資料
- 11 通常の日常の職務内容の詳細
- 12 発症前日から直前までの勤務状況及び発症状況の詳細
- 13 交替制勤務職員の深夜勤務中の出勤状況、仮眠時間帯及び仮眠時間の減少等の状況に関する資料
- 14 著しい騒音、寒暖差、頻回出張等の勤務環境の状況に関する資料
- 15 緊急呼出等公務の性質を有する出勤の状況に関する資料
- 16 精神的緊張を伴う職務従事状況及び精神的緊張を伴う職務に関連する出来事の状況に関する資料
- 17 不規則な職務従事状況に関する資料
- 18 退勤時刻に関する資料（時間外勤務命令簿の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等）
- 19 時間外勤務等の状況に関する資料（時間外勤務命令簿等の各種管理簿、関係者の証言、日記又はメモ等）
- 20 自宅等で行ったとする場合の作業の状況に関する資料（自宅等での作業の内容・時間数及び根拠、自宅等で作業せざるを得なかった理由書、論文リスト・報告書等）
- 21 出勤簿、休暇簿等
- 22 通勤届
- 23 定期健康診断記録
- 24 人間ドック結果
- 25 既往歴、素因・基礎疾患に関する主治医の所見
- 26 既往歴、素因・基礎疾患に関する医学的資料
- 27 祖父母、両親、兄弟等の家族の健康状況等に関する資料
- 28 本件疾病に係る主治医の所見
- 29 本件疾病に係る医学的資料等
- 30 支部専門医の所見
- 31 発症時の事務室等の状況に関する資料
- 32 その他必要と思われる事項に関する資料

精神疾患等の公務起因性判断のための調査票

1 一般的事項

支 部 名		請 求 年 月 日	
		支 部 受 理 年 月 日	
氏 名		傷 病 名	
生 年 月 日		傷 病 の 程 度	
職 名		被 災 日 時	
所 属		被 災 場 所	

2 災害発生の状況

3 災害発生前の勤務状況

(1) 職歴及び精神疾患発症前後の経過

(2) 組織、人員配置及び事務分掌

(3) 上司、同僚、部下等の傷病、欠員等の状況

(4) 勤務形態

(5) 職に割り当てられた所定の業務内容

(6) 業務負荷の状況

時 期	請求者の主張	所属部局の意見及び 職場関係者の証言等

(7) 時間外勤務等の状況

ア 勤務公署における時間外勤務

発症前1か月間	
発症2か月前の1か月間	
発症3か月前の1か月間	
発症4か月前の1か月間	
発症5か月前の1か月間	
発症6か月前の1か月間	

イ 自宅等における作業

発症前1か月間	
発症2か月前の1か月間	
発症3か月前の1か月間	
発症4か月前の1か月間	
発症5か月前の1か月間	
発症6か月前の1か月間	

(8) 休暇の取得状況

(9) 通勤の経路、方法、通勤時間等

4 災害発生前の身体・生活状況

(1) 身長及び体重

(2) 業務以外の負荷

- ア 離婚又は夫婦が別居した 有・無
 - イ 自分が重いけがをした又は流産をした 有・無
 - ウ 配偶者や子ども、親又は兄弟が死亡した 有・無
 - エ 配偶者や子どもが重い病気やけがをした 有・無
 - オ 多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった 有・無
 - カ 天災や火災などにあった又は犯罪に巻き込まれた 有・無
 - キ その他上記に準ずるような強い業務以外の負荷があった 有・無
- (アからキまでのうち「有」に該当する事項があった場合は、その概要も記入)

(3) 個体側要因

- ア 精神疾患の既往歴 有・無 (「有」の場合のみ以下を記入)
- (ア) 疾患名、発症時期、療養の状況

(イ) 医学的所見

イ 社会適応状況、性格傾向

(ア) 所属部局

(イ) 本人 (自殺事案の場合は遺族)

ウ アルコール等

(ア) 飲酒の状況 有・無 (「有」の場合のみ以下を記入)

- | | | | | |
|-------|-------------------------------|-----|-------------------------------|-----|
| 種類及び量 | <input type="checkbox"/> 日本酒 | 合/日 | <input type="checkbox"/> ビール | 本/日 |
| | <input type="checkbox"/> 洋酒 | 杯/日 | | |
| 頻度 | <input type="checkbox"/> 毎日飲む | | <input type="checkbox"/> 左記以外 | 回/週 |

飲酒による生活の異常等の有無とその内容：

(イ) その他

5 その他の事項

(1) 診断書

(2) 意見書

ア 疾患名及びその根拠

イ 発症時期及びその根拠

ウ 精神疾患の既往歴

エ 初診日及び初診時の主訴、症状等

オ 治ゆの日時又は今後の治ゆの見込み

カ 治療経過及び治療内容

(3) 被災職員の肉体的・精神的不調和の状況

ア 本人の訴え

イ 家族からみて

ウ 職場関係者からみて

6 任命権者の判断

正規の勤務時間以外の時間帯に行った活動の状況

記入者： _____（被災職員との関係： _____）

作成日： _____年 _____月 _____日

年 月 日	正規の勤務時間以外の 時間帯に行った活動時間			正規の勤務時間以外の 時間帯に行った活動内容 (業務に関する活動に限る)
	開始時刻	終了時刻	時 間 数	

【記入要領】

- 1 本様式は、被災職員が、過重な業務として、時間外勤務命令簿等によって確認できる勤務以外にも業務に関する活動を行っていたと考える場合などに、作成するものです。
- 2 活動時間又は活動内容の根拠資料（請求者の場合、手帳等）がある場合には、その資料（又はその写し）を添付してください。
- 3 自宅等で作業を行った場合は、その旨及びその作業を自宅等で行うことの必要性についても併せて記入してください。また、作業の具体的成果物（又はその写し）を添付してください。

災害発生前の身体・生活状況 (被災職員・家族用)

記入者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1 業務以外の出来事			
ア 離婚又は夫婦が別居した	有	無	
イ 自分が重いけがをした又は流産した	有	無	
ウ 配偶者や子ども、親又は兄弟が死亡した	有	無	
エ 配偶者や子どもが重い病気やけがをした	有	無	
オ 多額の財産を損失した又は突然大きな支出があった	有	無	
カ 天災や火災などにあつた又は犯罪に巻き込まれた	有	無	
キ その他上記に準ずるような強い業務以外の負荷があつた	有	無	
アからキまでに「有」に印をつけた場合、その概要を記入してください。			
2 精神疾患の既往歴		有	無
「有」の場合、疾患名、発症時期とともに、療養の状況を時系列に記入してください。			
3 社会適応状況、性格傾向			
4 アルコール等			
ア 飲酒の状況	有	無	
「有」の場合、下記を記入してください。			
<input type="checkbox"/> 日本酒 合/日 <input type="checkbox"/> ビール 本/日 <input type="checkbox"/> 洋酒 杯/日 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 左記以外 回/週 飲酒による生活の異常等の有無とその内容			
イ その他			

【記入例】

- 1 「3 社会適応状況、性格傾向」の欄には、被災職員の勤務態度、職場の人間関係及び性格傾向について記入すること。
- 2 「4 アルコール等」欄の「イ その他」欄には、被災職員の嗜好や常用薬等について、特に依存している等の状況があれば、その概要を記入すること。

災害発生前の身体・生活状況 (職場関係者用)

記入者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

1	被災職員の社会適応状況、性格傾向															
2	アルコール等															
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 5px;">ア 飲酒の状況</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">有</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;">無</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">「有」の場合、下記を記入してください。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 日本酒 合/日 <input type="checkbox"/> ビール 本/日 <input type="checkbox"/> 洋酒 杯/日 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 左記以外 回/週 </td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;">飲酒による生活の異常等の有無とその内容</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">イ その他</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	ア 飲酒の状況	有	無	「有」の場合、下記を記入してください。			<input type="checkbox"/> 日本酒 合/日 <input type="checkbox"/> ビール 本/日 <input type="checkbox"/> 洋酒 杯/日 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 左記以外 回/週			飲酒による生活の異常等の有無とその内容			イ その他		
ア 飲酒の状況	有	無														
「有」の場合、下記を記入してください。																
<input type="checkbox"/> 日本酒 合/日 <input type="checkbox"/> ビール 本/日 <input type="checkbox"/> 洋酒 杯/日 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 左記以外 回/週																
飲酒による生活の異常等の有無とその内容																
イ その他																

【記入要領】

- 1 「1 被災職員の社会適応状況、性格傾向」の欄には、被災職員の勤務態度、職場の人間関係、特異な言動の有無及び性格傾向について、可能な範囲で記入すること。
- 2 「2 アルコール等」欄の「イ その他」欄には、被災職員の嗜好や常用薬等について、特に依存している等の状況があれば、その概要を記入すること。

肉体的・精神的不調和の状況 (被災職員・家族用)

記入者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

不調和の内容	不調和が始まった時期
被災職員本人の訴え	
<input type="checkbox"/> 不眠が続いている	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 朝起きられない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 気が沈む、落ち込んだ気分になる、ゆううつ	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 全てに自信がない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 気力がない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 将来に希望を感じない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 生きていても仕方がない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 仕事に出たくない、おっくう、人と会うのが面倒だ	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 決断出来ない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> いらいらする	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 何を見ても興味が湧かない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 仕事が手につかない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 疲れ易い	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 頭が痛い、息切れがする	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 食欲がない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 性欲がない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> その他 内容： _____	年 _____ 月 _____ 日
家族からみて	
<input type="checkbox"/> 元気がない、ぼんやりしている	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 他の人と話をしなくなった	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 仕事を辞めたいと漏らす	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 生きていたくない、死にたいなどと漏らす	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 顔色がよくない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> いらいらしている、今までになく家族に当たる	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 言動がおかしい	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 話がまとまらない、独り言を言っていることがある	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなり、じっとしていない	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 口数が多くなった	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 遅刻、早退、欠勤が多くなった	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 酒の量が増えた、酒を飲んで荒れることが多い	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> 他人の目や話していることをやたらに気にする	年 _____ 月 _____ 日
<input type="checkbox"/> その他 内容： _____	年 _____ 月 _____ 日

様式6 (その2)

肉体的・精神的不調和の状況 (職場関係者用)

記入者： _____ 記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

不調和の内容	不調和が始まった時期
周りからみて	
<input type="checkbox"/> 元気がない、ぼんやりしている	年 月 日
<input type="checkbox"/> 他の人と話をしなくなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 仕事を辞めたいと漏らす	年 月 日
<input type="checkbox"/> 生きていたくない、死にたいなどと漏らす	年 月 日
<input type="checkbox"/> 顔色がよくない	年 月 日
<input type="checkbox"/> いらいらしている	年 月 日
<input type="checkbox"/> 言動がおかしい	年 月 日
<input type="checkbox"/> 話がまとまらない、独り言を言っていることがある	年 月 日
<input type="checkbox"/> 落ち着きがなくなり、じっとしていない	年 月 日
<input type="checkbox"/> 口数が多くなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 遅効、早退、欠勤が多くなった	年 月 日
<input type="checkbox"/> 酒の量が増えた、酒を飲んで荒れることが多い	年 月 日
<input type="checkbox"/> 他人の目や話していることをやたらに気にする	年 月 日
<input type="checkbox"/> その他	年 月 日
内容：	

療養補償請求書

		認定番号		
		請求回数	第	回(年 月分)
地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	年	月 日
		請求者の住所		
		フリガナ 氏 名		
1	この請求書による療養補償の費用の受領を に委任します。			
	委任者の氏名			
受補償委任の	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。			
	受任者の	医療機関等の名称	
		所在地	
		氏名(代表者名)	
2	所属団体名	フリガナ		
	所属部局名 (電話番号)	氏 名		
	職 名	<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日	
3	診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円	
4	調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円	
5	看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり	円	
	 年 月 日から 日間 年 月 日まで 看護師の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
6	移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 回 から まで km <input type="checkbox"/> 往復	円	
		<input type="checkbox"/> その他の移送費		
7	上記以外の療養費(3~6以外)	円	8 療養補償請求金額(3~7の合計額)	円
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する	個人番号		
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する	金融機関名 本支店等名		
		口座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号		
		口座名義人 法人機関又は役職の名称(フリガナ) 氏名(フリガナ)		
	<input type="checkbox"/> その他			
* 受理	所属部局	任命権者	基金支部	
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
			年 月 日	

〔注意事項〕

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
- 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、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。
- 5 「7 上記以外の療養費(3~6以外)」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料及び「3 診療費」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
- 6 「9 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
- 7 「*10 診療費請求明細」、「*11 調剤費請求明細」又は「*12 訪問看護事業者の証明」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。
- 8 「診療報酬点数により計算できないもの」の欄には、金額及びその明細(例えば診断書料、入院室料差額等)を記入すること。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

*10 診療費請求明細				(職員氏名)											
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 年 年	月 月 月	日 日 日									
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療期	年 年	月 月	日から 日まで	診療日数	日						
再診	再診	×	回	傷病の経過											
	外来診療料	×	回												
	継続管理加算	×	回												
	外来管理加算	×	回												
	時間外	×	回												
	休日	×	回												
深夜	×	回													
指導				転帰	年 月 日										
在宅	往診	回		治ゆ	継続	転医	中止	死亡							
	夜間	回		摘要											
	深夜・緊急	回													
	住宅患者訪問診察	回													
その他	回														
投薬	内服	薬剤 調剤	×	単位											
	屯服		×	単位											
	外用	薬剤 調剤	×	単位											
			処方	×						回					
麻毒調基		×	回												
注射	皮下筋肉内		回												
	静脈内		回												
	その他		回												
処置	薬剤		回												
手術・麻酔	薬剤		回												
検査	薬剤		回												
画像診断	薬剤		回												
その他															
入院	入院年月日	年	月							日					
	病・診・衣	入院基本料・加算													
		×	日間												
		×	日間												
		×	日間												
特定入院料・その他	×	日間													
食事	基準		円	×	日間										
			円	×	日間										
			円	×	日間										
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								
診療報酬点数により計算できないもの	診断書料・入院室料差額等					円									
診療費請求合計額						円									
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 (この欄の記入は、診療に当たった医療機関に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p>年 月 日 診療機関の { 名称 所在地 医師の氏名</p>															

*11 調剤費請求明細					(職員氏名)				
処方せんを交付した診療機関の		名 称							
		所 在 地							
担 当 医 氏 氏 名		1. _____			3. _____				
		2. _____			4. _____				
調 剤 期 間		年 月 日から		年 月 日まで		日間		調剤実日数 日	
医師 番号	処方月日	調剤月日	処 方		調剤 数量	調 剤 報 酬 点 数			
			医薬品名・規格・ 用量・剤型・用法			単 位 薬剤料	薬剤調整料 調剤管理料	薬剤料	加算料
	.	.			点	点	点	点	点
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
	.	.							
処方せん受付回数		回	摘要						
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)			指導料 (点)		合計点数		
							点		
							合計金額		
							円		
<p>上記の事項は事実と相違ないことを証明します。</p> <p>(この欄の記入は、調剤に当たった薬剤師に療養補償の費用の受領を委任する場合は不要です。)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">薬局の { 名 称 所 在 地 薬剤師の氏名</p>									

療養補償請求書（施術料）

認定番号	
請求回数	第 回（ 年 月分）

地方公務員災害補償基金 栃木県 支部長 殿 下記の療養補償を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者の住所 フリガナ 氏 名

1 受補償費用の 受領委任の	この請求書による療養補償の費用の受領を に委任します。 委任者の氏名					
	上記委任に基づき、この請求書による療養補償の費用の支払を請求します。					
	受任者の { <table border="0"> <tr> <td>医療機関等の名称</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>氏名（代表者名）</td> <td>.....</td> </tr> </table>	医療機関等の名称	所在地	氏名（代表者名）
医療機関等の名称					
所在地					
氏名（代表者名）					

2 関被する職 事項に	所属団体名	フリガナ 氏 名
	所属部局名 (電話番号)	年 月 日生 (歳)
	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日 年 月 日

3 施 術 料	内訳は「施術料請求明細」欄記載のとおり	円
---------	---------------------	---

4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 看護師 年 月 日から	円
	<input type="checkbox"/> 付添婦 日間	
	<input type="checkbox"/> その他 年 月 日まで	

5 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 回 から まで km <input type="checkbox"/> 往復	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	

6 上記以外の療養費	円
------------	---

7 療養補償請求金額 (3~6の合計額)	円
-------------------------	---

8 送金希望 口座等	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する
	個人番号
	<input type="checkbox"/> 任意の口座を指定する 金融機関名 本支店等名 <input type="checkbox"/> 座種別 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 <input type="checkbox"/> 口座名義人 法人機関又は役職の名称（フリガナ） 氏名（フリガナ）
	<input type="checkbox"/> その他

*受理 年 月 日	*通知 年 月 日	*支払 年 月 日	*決定金額 円
--------------	--------------	--------------	------------

- 〔注意事項〕
- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
 - 2 「認定番号」の欄は、1回目の請求においては、記入する必要はないこと。
 - 3 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医師若しくは医療機関等、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行った訪問看護事業者に療養補償の費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
 - 4 「4 看護料」及び「5 移送費」については、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。
 - 5 「6 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食料及び「3 施術料」に含まれない療養に必要な治療材料の名称、数量及び費用を記入し、併せてその領収書及び明細書を添付すること。
 - 6 「8 送金希望口座等」の欄は、公金受取口座への送金を希望する場合は、送金先金融機関名等の口座登録情報を記入する必要はないこと。なお、「法人機関又は役職の名称」については、個人名義の場合は記入不要であること。
 - 7 「施術料請求明細書」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師、薬剤師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよいこと。

施術料請求明細書									
傷病名	ア	施術開始日	ア	年	月	日			
	イ		イ	年	月	日			
	ウ		ウ	年	月	日			
傷病の経過			施術期間	年	月	日から			
				年	月	日まで			
初検料	時間内	円	施術実日数		転 帰				
	時間外加算	円	日	治ゆ	中止	転医	継続	固定	
	深夜加算	円							
往療料	往療料	円							
	夜間加算	円							
	難路加算	円							
	暴風雨雪加算	円							
	距離加算	円							
整復固定処置		円							
後療処置	円× 回	円							
罨法料	円× 回	円							
電気光線療法	円× 回	円							
	円× 回	円							
	円× 回	円							
レントゲン診断		円							
宿泊料	円× 回	円							
その他		円							
施術料合計額		円							
<p>上記の事項は事実と相違ありません。</p> <p>年 月 日 名 称</p> <p>所在地</p> <p>柔道整復師名</p>									

上級室・個室等証明書

所 属		認定番号	—		
氏 名		傷 病 名			
入 院 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
上級室・個室等 を必要とした期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間		
上級室・個室等 を必要とした理 由（具体的に記載 して下さい）					
等級別病室明細	呼称 例 （特別室、個室）				普通室 （ 人部屋）
	収 容 定 員				
	1日当り室料差額	円	円	円	円
備 考					
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: center;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">担当医師</p>					

証 明 書

住 所

氏 名 様

生年月日 年 月 日生

傷 病 名

上記傷病のため 着装の
必要あることを認めます。

年 月 日

医療機関所在地

医師

T E L

通院・移送費明細書

所 属											認 定 番 号	—						
氏 名											傷 病 名							
通 院 日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	通 院 日 数	
		16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
日																		
医 師 の 証 明	所 見																	
	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の { 所在地</p> <p style="text-align: center;"> { 名 称</p> <p style="text-align: center;"> { 担当医師</p> <p style="text-align: right;">印</p>																	
明 細	方 法	区 間								距 離	日 数	片道料金	請 求 額					
	電 車	—								km	日	円	円					
	バ ス	—																
	タ ク シ ー	—																
	そ の 他	—																
	合 計																	
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所属機関の { 所在地</p> <p style="text-align: center;"> { 名 称</p> <p style="text-align: center;"> { 長の職氏名</p>																		

- (注) 1. 医師の所見欄は、電車・バス等通常の交通機関を利用できず、タクシーの利用を必要としたときのみ記載するものとし、その理由及び期間を詳細に記載してもらうこと。
2. 通勤手当が支給される期間は、通勤手当と重複する区間は請求できません。

経 路 図

- ・既製の地図を用いること
- ・「自宅」・「勤務場所」・「病院」を明記すること
- ・通院経路と通勤経路を色分けすること

作成年月日 年 月 日

作 成 者 所 属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

所 属 長

転 医 届

所	属		認定番号	—
氏	名			
傷	病	名		
現在受診している医療機関	所在地			
	名称			
	療養期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関	所在地			
	名称			
	転医（検査受診）の日	年	月	日
転医（精密検査）の理由				
<p>上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の { 所在地 { 名 称 { 担当医師</p>				
<p>上記のとおり転医したいのでお届けいたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被災職員氏名</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿</p>				

(注) 医師の証明欄は医師の指示により転医もしくは精密検査を受けようとするときにのみ証明を受けること。

看 護 証 明 書

所 属		認 定 番 号	—
氏 名		傷 病 名	
入 院 期 間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日 間
付添看護を必要とした期間	年 月 日 から	年 月 日 まで	日 間
看護人の種類	被災職員との続柄		
	1. 看護婦	2. 家政婦	3. 家族 ()
付添看護を必要とした理由 (病状等をできるだけ詳細に記入して下さい)			
基 準 看 護 の 有 無	有 無		
備 考			
<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の { 所在地 名 称 担当医師</p>			
<p>家族が付添った場合、看護人から得られなかった具体的理由</p> <p style="height: 80px;"></p>			
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">申立人（被災職員）</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p>			

(注) 基準看護が実施されている病院で、さらに付添看護を必要とする場合は、その理由を詳細に備考欄に記載すること。

公 務 災 害 治 ゆ 届
通 勤

年 月 日

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿

住 所

氏 名

認定番号	—			
所 属 団体部局名				
被災職員 職・氏名	職名	氏名		
療 養 の 経 過 等	傷病名及びその部位			
	治 療 期 間	年 月 日 から		
		年 月 日 まで		
	治 ゆ の 年 月 日	年 月 日		
	治 ゆ の 程 度	<input type="checkbox"/> 完全治ゆ	<input type="checkbox"/> 症状固定	<input type="checkbox"/> 医療効果を期待できない状態
	障 害 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
現在の状況				

- (注意) 1 「治ゆ」には、症状が固定し、もはや医療効果が期待できないときも含む。
2 障害が残ったときは、障害の状況を詳細に現在の状況欄に記入してください。

第三者加害行為現状（結果）報告書

年 月 日

地方公務員災害補償基金
栃木県支部長 殿

被災職員 所属
氏名

年 月 日付で認定を受けた { 公務
通勤 } 災害に対する損害賠償請求等の状況を

下記のとおり報告します。

記

1 認定番号		
2 災害発生年月日	年 月 日	
3 療養期間	年 月 日 ~	年 月 日
4 治ゆ年月日	未治ゆ（見込 年 月頃） 治ゆ（ 年 月 日）	
5 休業期間	年 月 日 ~	年 月 日
6 後遺障害（見込）の有無	有 ・ 無	
7 加害者の氏名		
8 示談交渉の状況		
示談締結	成立年月日	年 月 日
	示談内容	別添示談書のとおり
未締結理由 （いずれかに○をする） (1) 加害者と交渉中 （経過を右欄に） (2) 交渉不能 （理由を右欄に） (3) その他 （未締結となっている理由、今後の予定等を右欄に）	 	

9 治療費の支払い状況	<ul style="list-style-type: none"> ・支払済額 円 ・負担者内訳（該当項目を○で囲む） （1）自分で負担 円 （2）加害者で負担 円 （3）自賠責で負担 円 （4）任意保険で負担 円 （5）基金で負担 円 （6）共済組合で負担 円 （7）（ ）で負担 円
-------------	---

10 損害賠償の状況							
項目	金額	受領の状況			賠償者		
		済	請求中	受領年月日	加害者本人	保険会社	その他（具体的に）
(1)治療費							
(2)休業補償費							
(3)障害補償費							
(4)遺族補償費							
(5)葬祭費							
(6)慰謝料							
(7)物損							
(8)交通費							
(9)その他							
計							
内損害賠償請求額		受領完了年月日			年 月 日		
過失相殺の有無	<input type="checkbox"/> 有	%の過失			<input type="checkbox"/> 無		

(注意事項)

提出時期

- 1 災害発生日から6か月経過して示談が成立していない場合は6か月経過するごとに
- 2 治ゆしたとき
- 3 示談成立後

誓 約 書

災害発生年月日	年 月 日	災害発生場所	
被災職員氏名			相手方氏名

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
 - (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（評価額）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、同法第59条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの誓約書の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
 - (1) 貴職が、私の基金への請求、補償決定及び補償（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私への基金の補償及び上記2の業務に関して必要な事項（補償額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この誓約書をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この誓約書を保険会社等へ提示すること。

年 月 日

地方公務員災害補償基金

栃木県支部長 殿

住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

提出していただく文書等に記載されている個人情報の利用目的は、下記のとおりです。

なお、今回提出いただく文書等に関連して、後日、追加して必要文書等を提出いただく場合においても、当該文書等に記載された個人情報の利用目的は、下記のとおりです。

記

地方公務員災害基金における個人情報の利用目的

地方公務員災害補償基金は、取得した個人情報について、地方公務員等の公務災害及び通勤災害の認定、補償及び福祉事業の実施、不服申立てに係る審査、訴訟追行、第三者加害事案に係る求償・免責、災害補償統計の作成のために利用いたします。

同 意 書

年 月 日

地方公務員災害補償基金栃木県支部長 様

住 所

氏 名

印

生年月日

所 属

私が 年 月 日付けで行った公務（通勤）災害の認定請求に関して、地方公務員災害補償基金（以下「基金」という。）が公務（通勤）災害の認定又は補償等の実施等を行うに当たり、基金及び基金から依頼を受けた私の任命権者（所属団体）が、地方公務員災害補償法第60条第1項の規定に基づき、関係機関等から、私に関する下記の個人情報提供を受けることについて同意いたします。

記

- 1 診療録、各種検査結果（レントゲン写真、CT・MRI画像等を含む。）及び主治医等の意見
- 2 共済組合又は健康保険組合が保有する診療報酬明細書（レセプト）
- 3 その他認定及び補償等の実施等に必要事項（災害発生状況に係る資料等）

なお、本同意書は、その写しも有効と認めます。

以上

様式第5号

療 養 の 給 付 請 求 書

		認 定 番 号				
地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿 下記の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求年月日 年 月 日				
		請求者の住所				
		氏 <small>ふりがな</small> 名				
1 被災職員に関する事項	所属団体名		所属部局名			
	氏 名		職 名			
	年 月 日生 (歳)		<input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員			
		負傷又は 発 病 の 年 月 日 年 月 日				
2 療養を受けようとする 指定医療機関等	(新)	所在地				
		名 称				
	(旧)	所在地				
		名 称				
*受 理	所 属 部 局		任 命 権 者		基 金 支 部	
(到達した年月日)	年 月 日		年 月 日		年 月 日	
*通 知	年 月 日		*決 定	年 月 日		
				<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給		

[注意事項]

- 1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 療養を受けようとする指定医療機関等」の欄には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。

地方公務員災害補償 療養費請求書

認定番号	—
------	---

地方公務員災害補償基金 栃木県支部長 殿	請求年月日 年 月 日	
	医療機関の 所在地	
下記の療養費(アフターケア)を請 求します。	名 称	
	代表者名	
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属団体名	所属部局名 (電話番号)
	氏 名	職 名 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 常勤的非常勤
	年 月 日生 (歳)	負傷又は 発病の年月日 年 月 日
2 診 療 費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載のとおり	円
3 調 剤 費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり	円
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「*12 訪問看護事業者の証 明」欄記載のとおり	円
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添婦 年 月 日から 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> その他	円
5 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回	円
	<input type="checkbox"/> その他の移送費	
6 上記以外の療養費		円
7 療養補償請求金額 (2～6の合計額)		円

8 送 金 希 望 の 場 合	振込み	振込先金融機関名	預 金 名 義 者 名	法人機関又は役職の名称 (個人名義の場 合は記入不要です。)
		銀行 支店		
		口座番号		
	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			
送金小切手	銀行 支店			(フリガナ)
その他				氏 名

*受理 年 月 日	*通知 年 月 日	*支払 年 月 日	*決定金額 円
--------------	--------------	--------------	------------

[注意事項]

1 請求者は、*印の欄には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

9 診療費請求明細				(職員氏名)								
傷病名	ア イ ウ	診療開始日	ア イ ウ	年 月 日	診療期間	年 月 日から	年 月 日まで					
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療実日数	日							
再診	再診 外来診療料 継続管理加算 外来管理加算 時間外 休日 深夜	× × × × × ×	回 回 回 回 回 回	傷病の経過								
指導				転	年 月 日							
在宅	往夜診 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他 薬剤	回 回 回 回	帰					治ゆ	継続	転医	中止	死亡
投薬	内服 外用 処方 麻毒基	薬剤 調剤 薬剤 調剤 調剤	× × × ×	回 回 回 回	摘要							
注射	皮下 筋肉内 静脈内 その他	回 回 回										
処置	薬剤	回 回										
手麻術・酔	薬剤	回 回										
検査	薬剤	回 回										
画像断	薬剤	回 回										
その他												
入院	入院年月日	平成 年 月 日										
	病・診・衣	入院基本料・加算 × 日間 × 日間 × 日間 × 日間										
院	特定入院料・その他	食事			基準	円×	日間	円×	日間	円×	日間	
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		
診療報酬点数により計算できないもの				診断書料・入院室料差額等				円				
診療費請求合計額								円				