


2	
災害発生 の 状 況	
* 3	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。
長所の 属証部 明局の	年 月 日 所属部局の 名 称 所 在 地 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"/> 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  年 月 日 任命権者の職・氏名

- 6 「* 5 任命権者の意見」の欄の□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
- 7 「* 5 任命権者の意見」の欄の□□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
- 8 年月日の記載には元号を用いる。

様式第2号

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		<h2 style="margin: 0;">通勤災害認定請求書</h2>		* 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 (千 一) 請求者の住所 ----- 電話番号 ----- フリガナ 氏 名 ----- 被災職員との続柄 <input type="checkbox"/> 地方公務員災害補償基金からの通知を電子データ受け取ることを希望する メールアドレス			
1 被 災 職 員 に 関 する 事 項	所属団体名		フリガナ 氏 名 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	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		共済組合員・健康保険組合員記号番号 第 号		
	災害発生の日時 年 月 日 [曜日] 午前 時 分頃 午後				
	災害発生の場所				
	傷 病 名 傷病の部位及びその程度				
* 受理 <small>(到達した年月日)</small>	所 属 部 局 年 月 日		任 命 権 者 年 月 日		基 金 支 部 年 月 日
* 認定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当		* 通知	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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 2 請求者は、地方公務員災害補償基金からの通知を電子データで受け取ることを希望する場合は、メールアドレスを記入すること。
- 3 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」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。
- 4 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。
- 5 「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、当該欄には「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	(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 午後	時	分頃
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 午後	時	分頃
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午前 午後	時	分頃
	(4) 災害発生の状況			
* 3	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。			
長所の 所属 証明 局の	年 月 日	所属部局の { 名 称 所 在 地 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	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 20px; margin-right: 10px;"></div> <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; 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>			

6 「2 災害発生の状況等」の欄の(1)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)は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)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。

7 「* 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、基金に相談すること。

8 「* 5 任命権者の意見」の欄の□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

9 「* 5 任命権者の意見」の欄の□□□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・寄宿舍指導員等
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

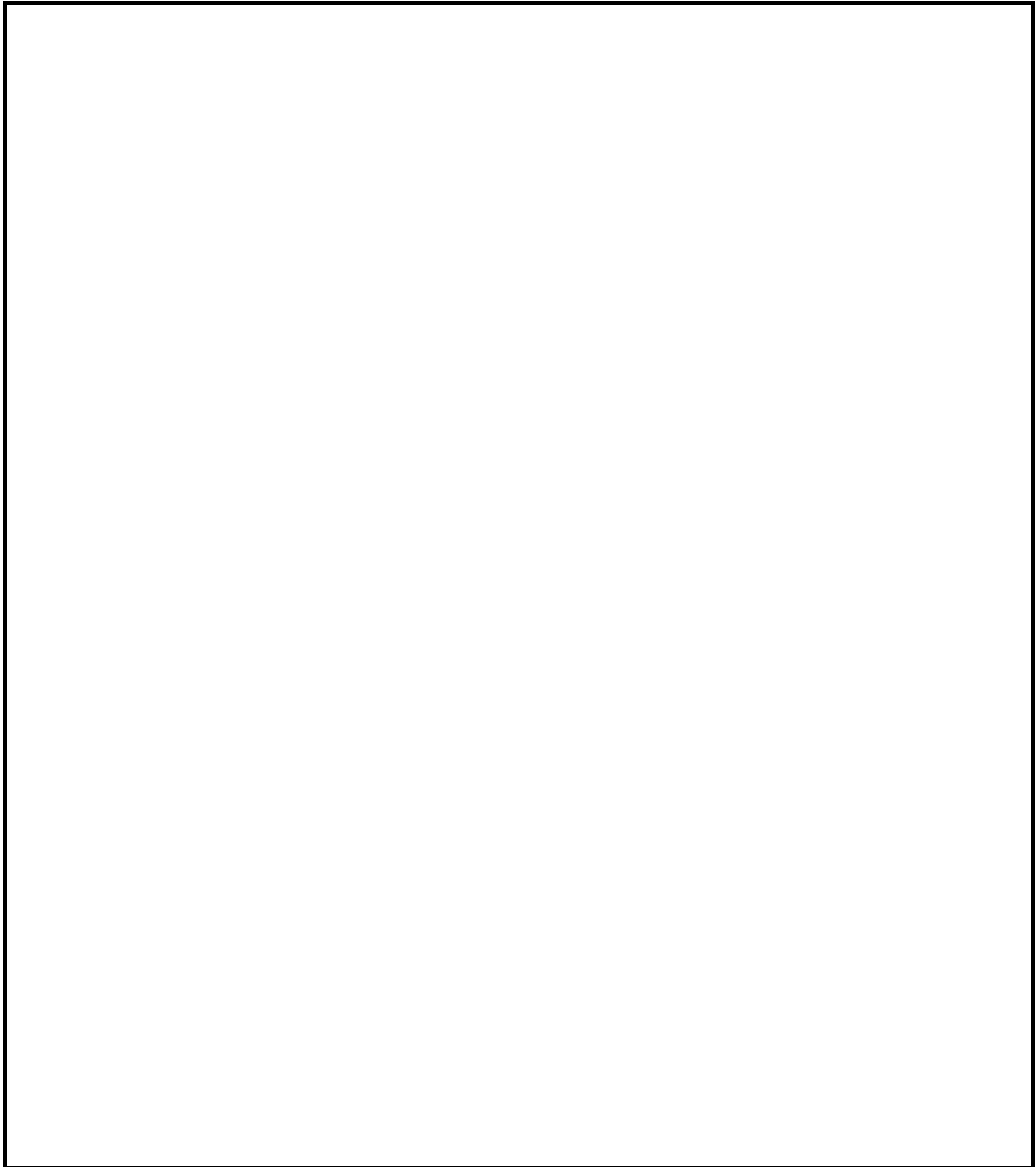
10 年月日の記載には元号を用いる。

医療機関受診報告書

被災職員	所属団体・所属	
	職・氏名	
先に 受診した 医療機関	所在地	
	名称	
	初診日	
	組合員証の使用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) 使用期間： 年 月から 年 月まで
次に 受診した 医療機関	所在地	
	名称	
	初診日	
	組合員証の使用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) 使用期間： 年 月から 年 月まで
上記のとおり報告します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 被災職員氏名 </div> <div style="margin-top: 10px;"> 地方公務員災害補償基金 栃木県支部長 福田 富一 殿 </div>		

- (注意) 1 公務・通勤災害認定請求書と併せて提出してください。
- 2 災害発生から認定請求までの当該災害に係る医療機関等(病院、診療所、施術所)の受診状況を正確に記載してください(薬局の記載は不要です。)
- 3 認定請求時点で医療機関等を3ヵ所以上受診している場合は、適宜用紙を追加してください。

災害発生状況見取図



作成年月日 年 月 日

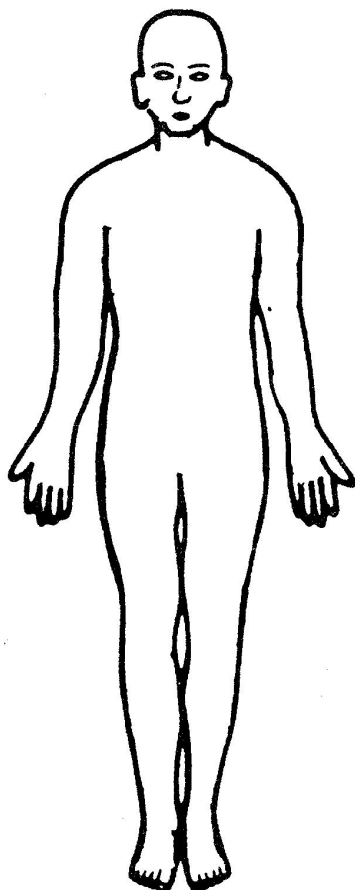
作 成 者 所 属 職 氏 名

上記のとおり相違ないことを証明する。

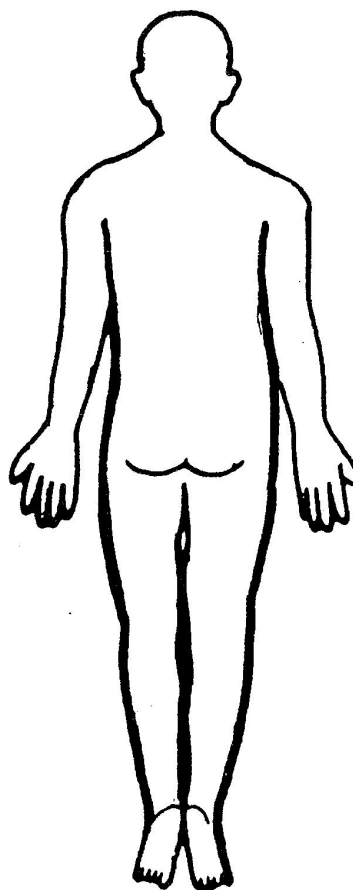
所 属 長

(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)
自賠償保険証明書番号	
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

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			

地方公務員災害補償

既往歴報告書

1 事項 に関する 被災職費	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	
過去二年間における有無 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、下記に教えてください。）

- ・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 月間

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。

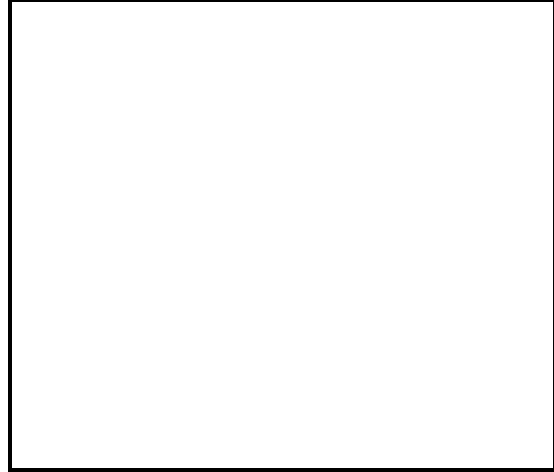
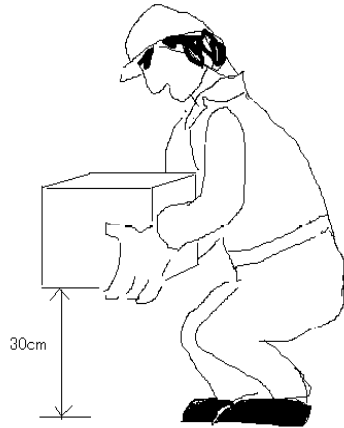
⑥ その物を何人で持ち上げたり、動かしたりしたのですか。

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)

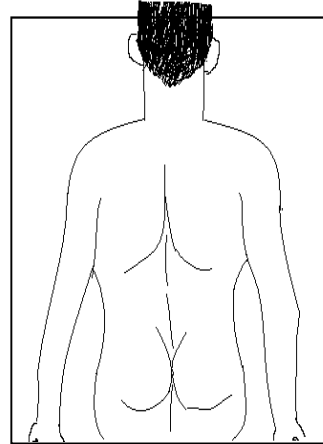


7 症状に関する調査事項

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。)

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			
	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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他の移送費	円	
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 _____ <input type="checkbox"/> 口座種別 <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 (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	
* 決定金額	円	* 通知	年 月 日	* 支払
			年 月 日	

〔注意事項〕

- 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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「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。
- 「*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。
- 「診療報酬点数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。
- 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	診療期間	年 年	月 月	日から 日まで	診療 実日数	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 深夜・緊急 住宅患者訪問診察 その他 薬剤	回 回 回 回		摘要						
投薬	内服	薬剤 調剤	×	単位 回						
	屯服		薬剤 調剤	×						単位 回
	外用	薬剤 調剤		×						単位 回
			処方	×						回
	麻毒調基	×	回							
注射	皮下筋肉内 静脈内 その他	回 回 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		食事	基準	円	×	日間		
	病・診・衣	入院基本料・加算	×		日間	円	×	日間		
			×		日間	円	×	日間		
			×		日間	円	×	日間		
			×		日間	円	×	日間		
特定入院料・その他				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		点 ×		円	円			
診療報酬点数表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>										

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 受補償費用の委任	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 { 医療機関等の名称 _____ 所在地 _____ 氏名（代表者名） _____

2 関被する職事員に	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 _____ 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 _____ 日間	円
	<input type="checkbox"/> 付添婦 _____	
	<input type="checkbox"/> その他 _____ 年 月 日まで	

5 移 送 費	<input type="checkbox"/> 交通費 _____ から _____ まで _____ km <input type="checkbox"/> 片道 _____ 回 <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
	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				

上記の事項は事実と相違ありません。

年 月 日 名 称

所在地

柔道整復師名

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								
医 師 の 証 明	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
医 師 の 所 見																			
上記のとおり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 担当医師 } 印																			
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																		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 所属機関の { 所在地 名 称 長の職氏名 }																			

- (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> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 2em;">{</div> <div style="margin-left: 10px;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>担当医師</p> </div> </div>				
<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。

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 治癒年月日	未治癒（見込 年 月頃） 治癒（ 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	・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 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	年 月 日生 (歳)		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	
被災職員に関する事項	1 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 <input type="checkbox"/> その他の移送費	円
	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

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	診療開始日	ア	年	月	日	診療期間	年	月	日から	
	イ		イ	年	月	日		年	月	日まで	
ウ	ウ	ウ	年	月	日	診療実日数	日				
初診	時間外・休日・深夜		回	点							
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											
在宅	往夜診間	回	年 月 日								
	深夜・緊急	回									
在宅	住宅患者訪問診察	回	治ゆ	継続	転医	中止	死亡	摘要			
	その他	回	摘								
投薬	内服	薬剤	単位								
	屯服	調剤	×								回
		薬剤	単位								
	外用	調剤	×								回
		薬剤	単位								
処方	調剤	×	回								
麻毒基	×	回									
注射	皮下	筋肉内	回								
	静脈内	回									
	その他	回									
処置	薬剤	回									
手麻術・酔	薬剤	回									
検査	薬剤	回									
画診像断	薬剤	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								
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				