

第1号様式

公務災害補償通知書

年 月 日

殿

(実施機関の職氏名)

印

あなたは、別杵速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。

記

- 1 被災職員の氏名
- 2 災害発生日 年 月 日
- 3 傷病名

補 償 の 内 容

1 あなたが被災職員である場合

(1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

公務上の負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。

(4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受けるこ

〔別杵速見三二〕

六二一

とができます。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

2 あなたが被災職員以外の者である場合

(1) 遺族補償

あなたが公務上死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

なお、①、③、⑤及び⑥の「60歳以上」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(ア)の欄に掲げるとおりとなります。

また、⑦の「55歳以上60歳未満」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(イ)の欄に掲げるとおりとなり、(ウ)の欄に掲げる年齢に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

職員の死亡した日	(ア)	(イ)	(ウ)
昭和61年9月30日まで	55歳以上		
昭和61年10月1日から昭和62年9月30日まで	56歳以上	55歳	56歳
昭和62年10月1日から昭和63年9月30日まで	57歳以上	55歳以上 57歳未満	57歳
昭和63年10月1日から平成元年9月30日まで	58歳以上	55歳以上 58歳未満	58歳
平成元年10月1日から平成2年9月30日まで	59歳以上	55歳以上 59歳未満	59歳

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることになります。

(3) 葬祭補償

あなたが公務上死亡した職員の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例施行規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

- 注 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡を取って、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間（障害補償及び遺族補償については、5年間）行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

第1号の2様式

通勤災害補償通知書

年 月 日
殿 (実施機関の職氏名)
印
あなたは、別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例の規定により、下記の災害に対する補償を受けることができますので、通知します。
記
1 被災職員の氏名
2 災害発生日 年 月 日
3 傷病名
補 償 の 内 容
1 あなたが被災職員である場合
(1) 療養補償
通勤による負傷又は疾病については、右の範囲で療養上相当と認められるものを療養補償として受けることができます。
ア 診察
イ 薬剤又は治療材料の支給
ウ 処置、手術その他の治療
エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
カ 移送
(2) 休業補償
通勤による負傷又は疾病の療養のため勤務することができない場合で給与を受けないときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額の休業補償を受けることができます。
(3) 傷病補償年金
通勤による負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日以後において、条例に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。 なお、傷病補償年金を受ける場合には休業補償を受けることができません。
(4) 障害補償
通勤による負傷又は疾病が治ったとき、条例に定められている程度の障害が残ったときは、その程度に応じて年金又は一時金の障害補償を受ける

〔別枠速広三二〕

六二四

ことができます。

(5) 障害補償年金前払一時金

年金の障害補償を受けることができる場合は、申出により、障害の程度に応じた額の範囲で選択した障害補償年金前払一時金を受けることができます。なお、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償年金又は年金の障害補償を受けることができる場合で、規則で定める程度の障害により常時又は随時介護を要する状態にあり、かつ、実際に介護を受けているときは、その期間（病院等に入院している期間を除く。）、介護補償を受けることができます。

2 あなたが被災職員以外の者である場合

(1) 遺族補償

あなたが通勤により死亡した職員の遺族であって、職員の死亡の当時、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦までに該当する場合は年金の、その他の場合は一時金の遺族補償を受けることができます。

- ① 妻及び60歳以上の夫
- ② 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある子
- ③ 60歳以上の父母
- ④ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある孫
- ⑤ 60歳以上の祖父母
- ⑥ 18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるか又は60歳以上の兄弟姉妹
- ⑦ 55歳以上60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹

ただし、職員の死亡の当時、条例で定める障害の状態にある夫、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹については、年齢に関係なく年金を受けることができます。

遺族補償年金を受ける順位は、上記①から⑦までの番号のとおりであり、⑦に掲げる者にあつては、夫、父母、祖父母、兄弟姉妹の順序となります。遺族補償年金は上記の順序による最先順位者（遺族補償年金を受ける権利を有する者）に対して支給されます。ただし、⑦に掲げる者は、60歳に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

なお、①、③、⑤及び⑥の「60歳以上」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(ア)の欄に掲げるとおりとなります。

また、⑦の「55歳以上60歳未満」とある部分は、下の表の「職員の死亡した日」の欄の区分に応じて、(イ)の欄に掲げるとおりとなり、(ウ)の欄に掲げる年齢に達するまでの間は、遺族補償年金の支給が停止されます。

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

職員の死亡した日	(ア)	(イ)	(ウ)
昭和61年9月30日まで	55歳以上		
昭和61年10月1日から 昭和62年9月30日まで	56歳以上	55歳	56歳
昭和62年10月1日から 昭和63年9月30日まで	57歳以上	55歳以上 57歳未満	57歳
昭和63年10月1日から 平成元年9月30日まで	58歳以上	55歳以上 58歳未満	58歳
平成元年10月1日から 平成2年9月30日まで	59歳以上	55歳以上 59歳未満	59歳

(2) 遺族補償年金前払一時金

あなたが、(1)により遺族補償年金を受ける権利を有する場合には、申出により、一定の額の範囲で選択した遺族補償年金前払一時金を受けることができます。なお、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることになります。

(3) 葬祭補償

あなたが通勤により死亡した職員の葬祭を行行者である場合は、通常葬祭に要する費用を考慮して条例施行規則で定める金額の葬祭補償を受けることができます。

(4) 障害補償年金差額一時金

あなたが障害補償年金の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給された障害補償年金及び障害補償年金前払一時金の合計額が、条例に定める障害の程度に応じた額に満たないときは、その差額に相当する額の障害補償年金差額一時金を受けることができます。

(5) 未支給の補償

あなたが補償の受給権者の遺族であって、死亡した受給権者に支給されるべき補償でまだ支給されなかった分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

3 一部負担金

あなたが通勤による負傷又は疾病に係る療養補償を受ける職員である場合は、一部負担金を納付しなければなりません。

- 注 1 あなたは、上記の事由に該当したときは、それぞれの事由に応ずる補償が受けられますので、速やかに請求書を提出してください。ただし、条例の規定により制限を受ける場合もありますので、被災職員の所属機関とよく連絡を取って、その指示を受けてください。
- 2 補償を受ける権利は、2年間（障害補償及び遺族補償については、5年間）行わないときは、時効によって消滅します。
- 3 実施機関の行う補償の実施について不服がある場合には、条例施行規則に定める手続に従って、公務災害補償等審査会に対して審査を申し立てることができます。
- 4 その他詳細については、被災職員の所属機関に問い合わせてください。

〔別枠速見三二〕

六二六

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

第2号様式

療養の給付請求書

(実施機関の職氏名)  殿  下記の指定医療機関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  ふりがな 氏 名 ㊟	
1 被災職員に関する事項	所属部課名	職 名	
	氏 名 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	年 月 日	※通 知	年 月 日

〔別枠速広三二〕

六二七

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害)  
補償等に関する規則

---

- 注 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 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を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関の所在地及び名称を記入すること。



(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

第3号様式

療養補償請求書

		請求回数	第	回
(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日		
殿 下記のとおり療養補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏名 ㊟		
1 補償費用の受領委任	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。 受任者の住所 氏名 ㊟			
2 被災職員に関する事項	所属部課名	職名		
	氏名	年 月 日生(歳)		
	負傷又は発病の年月日		年 月 日	
3 診療費	内訳は「9 診療費請求明細」欄記載のとおり			円
4 看護料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「※10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 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間	円
5 移送費	交通費 から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	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 (3～6の合計額)				円

〔別枠速見三二〕

六二九

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行	支店	※受理	年月日	
		<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金		※決定金額	円	
		口座番号					
	預金名義者			※通知	年月日		
	送金小切手	受取先金融機関名	銀行	支店	※支払	年月日	
その他					年月日		
※9 診療費請求明細							
(1) 傷病名	ア イ ウ	(2) 診療開始日	ア	年月日	診療期間	年月日から 年月日まで	
			イ	年月日	診療日数	日	
			ウ	年月日	転帰		
					治癒	死亡	中止
(3) 診察料	初診	時間外・休日・深夜	回	点			
	再診	再診 内科再診 時間外 休日・深夜	回	回			
	指導		回				
	往診	普夜 深夜・暴風雨雪・ 難路	回	回	回		
(4) 投薬料	内服	(薬調・剤処)	単位	回			
	とん服	(薬調・剤処)	単位	回			
	外用	(薬調・剤処)	単位	回			
(5) 注射料	皮下 筋脈の 静脈 その他	回	回	回			

〔別枠速広三〕

六三〇

(別枠速見地域広城市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

(6)	処置料	薬剤	回	回	回
(7)	麻酔料 手術料	薬剤	回	回	回
(8)	検査料	薬剤	回	回	回
(9)	レゲント料		回	回	
(10)	その他				
(11)	入院 診療所	入院年月日	年	月	日
		基特2	入院時基本診療料 {室料・看護料・給食料}	点	
		看特1	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間		
		普	入院時医学管理料 2週間以内	×	
		看1	2週間超～1月以内	×	日間
		看2	1月超～3月以内	×	日間
		基寝・衣 看3	3月超	×	日間
その他					
(12)	診療報酬点数表により計算できる合計額		合計点数 × 1点単価		円

〔別枠速広三二〕

六三一

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

(13) 診療報酬点数表により計算できないもの(例えば診断書料・入院室料差額等)			円
(14) 診療費請求合計額		(12)+(13)	円
上記の事項は事実と相違ありません。(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。)			
年 月 日 診療機関の 所在地 名称 ⑩ 医師の氏名			
※10 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から	日まで
訪問看護の回数		回数	
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士	指示年月日	年 月 日
	円× 回 円	主治医への直近報告年月日	年 月 日
	准看護師	訪問日	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
管理療養費	初日 2回目以降	円 円	
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 円	情報提供先の市区町村名	
死亡年月日	年 月 日	(備考)	
合計	円		
訪問看護の指示を受け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	印

〔別枠速見三二〕

六三三

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害)  
補償等に関する規則

---

- 注 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 「1 補償費用の受領委任」の欄は、診療に当たった医療機関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。
- 3 「4 看護料（訪問看護を除く。）」及び「5 移送費」については、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。
- 4 「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、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「※9 診療費請求明細」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよいこと。
- 6 診療報酬点数の算出ができない場合は、金額で記入すること。

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

第4号様式

休業補償請求書

		請求回数	第	回
(実施機関の職氏名)		請求年月日 年 月 日		
股		請求者の住所		
下記の休業補償を請求します。		ふりがな 氏名 ㊦		
1 被災 員に 関す 事項	所属部局名	職名		
	氏名			
	負傷又は発病の年月日	年 月 日生 ( 歳)		
2 請求 日数 等	年 月 日から 年 月 日まで のうち 日 {全部休業した日数 日 一部休業した日数 日 (全部休業した日に支払われた給与の総額 円) (一部休業した日に支払われた給与の総額 円)			
※ 3 所属 部長 の証 明	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 休 業 補 償	全部休業した日についての計算	(補償基礎額)	(請求日数)	(全部休業した日に支払われた給与の総額)
		円 ×	× $\frac{60}{100}$	円 = 円
	一部休業した日についての計算	(補償基礎額)	(請求日数)	(一部休業した日に支払われた給与の総額)
	( 円 ×	-	円) × $\frac{60}{100}$	円
	休業補償請求金額	(A)+(B)		
5 厚生年金保険法等の適用関係	<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。			

〔別枠速広三二〕

六三四

(別枠速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

※6 医師の証明	傷病名		現在の状態		年 月 日
	請求日数のうち療養のため勤務することができなかったと認められる日数		<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 転医		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 継続中
7 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 支店	※受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
	預金名義者				
	送金手 その他	振込先金融機関名	銀行 支店	※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 「2 請求日数等」の欄には、別府市議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例第8条ただし書及び同条例施行規則第7条の2に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。
- 3 「※6 医師の証明」の欄には、入院中の場合のように、すでに療養補償請求書等によって療養のため勤務できないことが明らかに認められるときは、この請求書において重ねて医師の証明を求めて、記入する必要はないこと。
- 4 この請求書を提出するときに、請求する休業補償と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当す

る障害年金

- (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
- (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
- (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
- (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）



(別杵速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する規則)

第4号の2様式

傷病補償年金請求書

(実施機関の職氏名) .....		請求年月日 年 月 日	
下記の傷病補償年金を請求します。		請求者の住所 .....	
		ふりがな氏名 ..... ㊞	
被災 職に 関す 事項	1 所属部局名	職名	
	氏名	年 月 日生 ( 歳)	
	負傷又は発病の年月日	年 月 日	傷病等級 該当年月日
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 日常生活の状態			
5 傷病等級		第 級 号	
6 傷病補償年金請求金額		(年金補償基礎額) (倍数) 円 × = 円	
7 厚生年金保険法等の適用関係		<input type="checkbox"/> ..... の被保険者である <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	

8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行支店	※ 受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決定金額	条例第10条の制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		口座番号			円
	預金名義者		※ 通 知	年 月 日	
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行支店	※ 年金証書の番号	第 号
その他			※ 支払開始年月日	年 月 日	

〔別杵速広三二〕

六三七

(別件速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害)  
補償等に関する規則

〔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 この請求書を提出するときに、請求する傷病補償年金と同一の事由によって次に掲げる年金の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額、支給開始年月、年金証書の記号番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。
  - (1) 国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号。以下「国民年金等改正法」という。）附則第87条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (2) 国民年金等改正法附則第78条第1項に規定する年金たる保険給付に該当する障害年金
  - (3) 国民年金等改正法附則第32条第1項に規定する年金たる給付に該当する障害年金
  - (4) 厚生年金保険法の規定による障害厚生年金（以下単に「障害厚生年金」という。）及び国民年金法の規定による障害基礎年金（同法第30条の4の規定による障害基礎年金を除く。以下単に「障害基礎年金」という。）
  - (5) 障害厚生年金（当該補償の事由となった障害について障害基礎年金が支給される場合を除く。）
  - (6) 障害基礎年金（当該補償の事由となった障害について、国家公務員共済組合法若しくは地方公務員等共済組合法の規定による障害共済年金又は障害厚生年金が支給される場合を除く。）

〔別件速見三二〕

六三八

(別杵速見地域広域市町村圏事務組合議会の議員その他非常勤の職員の公務災害)  
補償等に関する規則

第4号の3様式

傷病補償年金変更請求書

(実施機関の職氏名)  殿  下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。	請求年月日	年 月 日
	請求者の年金 証書の番号	第 号
	住 所	
	ふりがな 氏 名	Ⓔ
1 現在受けている傷病補償年金 の傷病等級	第	級
2 現在受けている傷病補償年金 の支給が開始された年月	年	月
3 障害の程度に変更があった年 月	年	月 日
4 変更後の障害の部位及びその 程度		(第 級)
5 変更後の傷病補償年金請求額	(年金補償基礎額) (倍数) 円×	= 円

〔別杵速広三二〕

※ 受 理	年 月 日	※ 通 知	<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 不変更
※ 変更後の 傷病等級	第 級		年 月 日	
※ 決定金額	円	※ 支給開始 年月日	年 月 日	

〔注意事項〕

請求者は、※印の欄には記入しないこと。