

## 災害発生証明書

(医療機関提出用)

被災職員に関する事項	所 属			
	氏 名 (生年月日)	( 年 月 日生)	住 所	
災 害 発 生 の 日 時		午前 ・ 午後 年 月 日 ( 曜日) 時 分頃		
災害発生 の 状況	<b>初診日に本書を医療機関に 提出してください</b>			
<p>上記の者は、当所属の職員であり、上記の災害により〔公務上、通勤途上〕受傷（又は発病）し、現在、地方公務員災害補償基金沖縄県支部に〔公務災害、通勤災害〕として、認定請求中（又は予定）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;">御中</p> <p style="text-align: right;">住 所 (証明者) 所属の 名 称 長の職・氏名 事務担当者名</p> <p style="text-align: right;">TEL</p>				

(お願い)

上記の者は、地方公務員災害補償法の適用を受けようとする者であり、貴指定医療機関で診療を受けようとするものですので、診療に要した費用については、「療養費請求書」で、直接下記の地方公務員災害補償基金沖縄県支部に請求してください。

なお、手続等の関係から認定までに若干時間がかかることがありますが、疑問な点等がある場合には、下記の基金支部に照会してください。

(注意) 所属長及び被災職員へ

- 1 指定医療機関で診療を受けようとする場合は、必ず初診日に本書を提出してください。
- 2 公務災害（通勤災害）の認定請求を所属を通じて迅速に行ってください。
- 3 本件災害が、公務外又は通勤災害非該当となった場合には、本件災害に係る診療に要した費用は被災職員の負担になります。（各共済組合等の扱いになります）
- 4 年月日の記載には元号を用いてください。

〒900-8570 那覇市泉崎1丁目2番2号 沖縄県総務部職員厚生課内  
地方公務員災害補償基金沖縄県支部 (TEL098-866-2127 FAX 098-862-8894)

認定請求に必要な書類一覧

区分	必要書類名	公務認定請求書	公務災害認定請求書	診断書	事実調査書	現場見取図	災害発生状況図	出勤簿の写	事務分掌の写	利用目的の明示	治癒報告書(※)	時間外勤務命令簿の写	出張(旅行)命令簿の写	宿日直勤務命令簿の写	経路図	通勤届の写	勤務割表	職務命令等に関する資料	勤務時間に関する規程	実施要領・通知等	同意書	腰痛症発生状況届	既往病歴等報告書	健康診断記録簿の写	第三者加害報告書	事実確認書	交通事故証明書	事故発生状況報告書	誓約書	補償先行申出書の写
		公務災害	自己の職務中(時間内)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△						△		△		○		△					
	自己の職務中(時間外)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○					△		△		○		△							
	担当外の職務中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△							○			○		△							
	宿日直勤務中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○									○		△							
	出張中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○									○		△							
	通勤途上(公務)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△									○		△							
	訓練中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△										○		△							
	レクリエーション参加中	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△										○		△							
	一般疾病	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	△									○		○							
	脳・心臓疾患	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○							○		○		○							
	腰痛症	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	△									○		○							
	頸肩腕症候群	○	○	○	○	○	△	○	○	○	△	○									○		○							
	精神疾患等	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	○									○		○							
	通勤災害	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△	△									○		△							
上掲のほか	加害者のあるもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△										○		△							
	交通事故によるもの	○	○	○	○	○	○	○	○	○	△										○		△							

※認定請求時に“治癒”している場合は、「治癒報告書」の提出をお願いします。

- (注) 1. 既存資料の写しを提出する場合は、所属長の**原本証明**をして下さい。  
 2. △印の資料は、災害と傷病との関連性に鑑みて必要に応じて添付してください。  
 また、○や△が付いていない資料についても**基金が必要と認められた資料**については、**提出を求められます**。  
 3. 変則勤務者の場合は、勤務シフト表の写し及び勤務時間に関する規程の写しを添付してください。  
 4. 常勤的非常勤職員の場合、被災職員及び汚染血液(患者)の血液検査結果を添付してください。※検査項目に注意  
 5. 血液汚染事故の場合、被災職員や実施要項等、実施主体や目的、内容を証明できる資料を添付してください。  
 6. 行事実施中の場合、行事の計画書や実施要項等、被災日の日程がわかる時間割表等を添付してください。  
 7. 学校現場において被災の場合は、被災日の日程がわかる時間割表等を添付してください。  
 8. 上記のほか、認定の審査において必要と認められる資料の提出を求められます。

様式第1号

公務災害認定請求書

\* 認定番号

被災職員→所属長への提出日

地方公務員災害補償基金  沖縄県 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	元号 ○年 ○月 ○日
	請求者の住所	(〒○○○-○○○○) ○○市○○ ○丁目○番地○号 ○○アパート ○号室
	フリガナ氏名	キキン タロウ 基金 太郎
	被災職員との続柄	本人 <b>被災職員本人又は遺族</b>

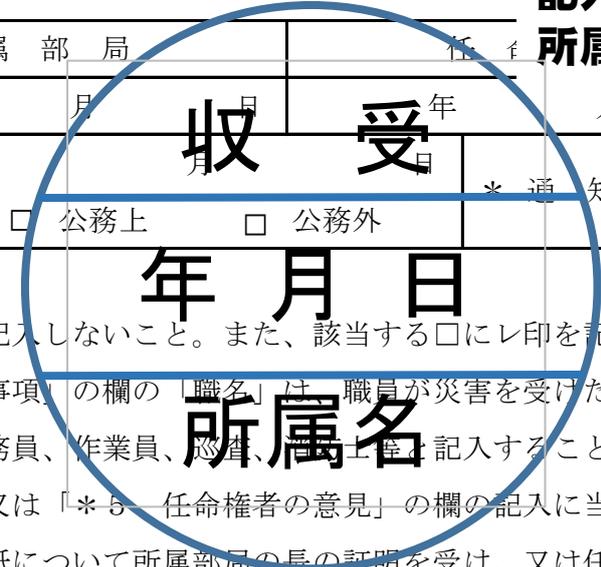
被災職員に関する事項	1	所属団体名 沖縄県教育委員会	フリガナ キキン タロウ
		所属部局名 ○○市立○○小学校 (電話番号 ○○○-○○○-○○○○)	氏名 基金 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		職名 教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	<b>被災時の年齢</b> 元号 ○年 ○月 ○日生 (○歳)
			<b>地沖縄、公立沖など記号も必ず記載</b> 共済組合員・健康保険組合員記号番号 ○○○ 第 ○○○○○○○○ 号
		災害発生の日時 元号 ○年 ○月 ○日 (○曜日)	午前 ○時 ○分頃 <b>負傷の日又は発症確定日</b> <input checked="" type="radio"/> 午後
		災害発生の場所 ○○市立○○小学校体育館	傷病名 右アキレス腱断裂 <b>診断書に記載されている内容どおりに記入する</b>
	傷病の部位及びその程度 右アキレス腱、全治3か月		

記入内容や添付書類を確認し、所属で收受印を押印すること

* 受理 (到達した年月日)	所属部局	年 月 日	年 月 日
* 認定	<input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外	* 通知	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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「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、警士上等を記入すること。
- 「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、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。
- 「\*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。



災害発生 の 状 況	2	私は、和暦〇〇年〇月〇日〇曜日の6校時のクラブ活動の時間に、体育館においてバスケットボールの担当としてゲームに参加していた。
		私は、生徒がパスしたボールを受け止めるためにジャンプし、ボールを取り着地した瞬間に、右足を捻ってしまい転倒した。
		右足に激痛があり立ち上がれなかったため、〇〇先生と生徒に手伝ってもらい医務室に行き、湿布を貼った後〇〇病院を受診した。
		診察の結果「右アキレス腱断裂」と診断され、入院手術を行った。
		(共済組合員証は使用していない)
		<b>詳細かつ具体的に記入する</b> ①いつ ②どこで ③誰と ④何をしていたとき ⑤何が原因で ⑥何が起き ⑦身体のどの部位を ⑧どのように負傷し ⑨被災職員はどんな様子で ⑩どの医療機関を受診し ⑪どんな診断を受けたか
		<b>組合員証（保険証）の使用状況も記入する</b>
長所 の 属 証 部 局 の	* 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。  <b>元号</b> 〇年 〇月 〇日  <b>所属長が事実を調査して証明する</b> 所属部局の 名 称 〇〇市立〇〇小学校 所 在 地 〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号 長の職・氏名 校長 〇〇 〇〇
	4	添付する資料名 <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他
任命 権 者 の 意 見	* 5	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0 本件は、担当職務遂行中の災害であり、公務上の災害と認められる。  <b>任命権者の意見を必ず記入する</b>  <b>元号</b> 〇年 〇月 〇日 任命権者の職・氏名 沖縄県教育委員会教育長 〇〇 〇〇
	5	「* 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
6	「* 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	
7	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

通勤災害認定請求書

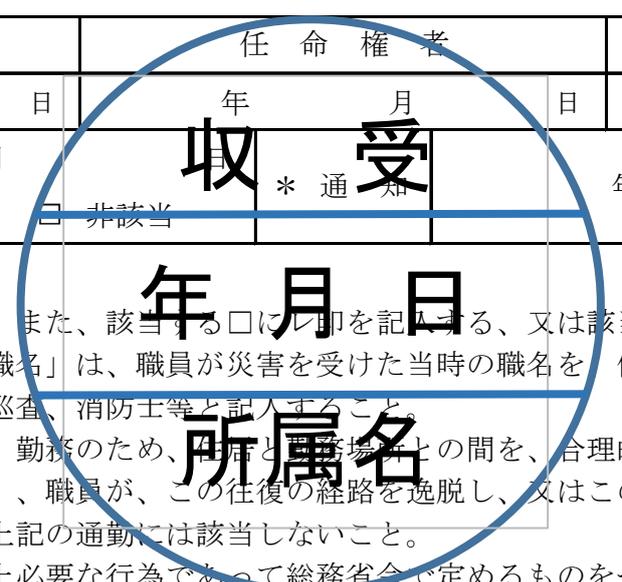
* 認定番号	
--------	--

地方公務員災害補償基金 沖縄県 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	元号 ○年 ○月 ○日
	請求者の住所	(〒○○○-○○○○) ○○市○○ ○丁目○番地○号
	フリガナ 氏名	キキン イチコ 基金 市子
	被災職員との続柄	本人

被災職員に関する事項	1	所属団体名 ○○市	フリガナ キキン イチコ
		所属部局名 ○○市立○○病院○○科 (電話番号 ○○○-○○○-○○○○)	氏名 基金 市子
		職名 看護師	<input type="checkbox"/> 常勤 <input checked="" type="checkbox"/> 令第1条職員
		元号 ○年 ○月 ○日生 (○歳)	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
		災害発生の日時 ○年 ○月 ○日	元号 ○年 ○月 ○日生 (○歳) 共済組合員・健康保険組合員記号番号 ○○○ 第 ○○○○○○○○ 号
		災害発生の場所 ○○市○○ ○丁目○○交差点	午前 ○時 ○分頃 <input checked="" type="radio"/> 午後
	傷病名 頸椎捻挫		
	傷病の部位及びその程度 頸椎、全治3週間		

* 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
* 認定	年 月	* 通知	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 該当	<input type="checkbox"/> 非該当	

- 〔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、又は該当する箇所を○で囲むこと。
  - 「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。
  - 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。
  - 「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) 災害発生日の勤務開始(予定)時刻又は勤務終了の時刻	午前 午後	5	時	15	分頃	
	(2) 災害発生日に住居を離れた時刻	午前 午後		時		分頃	
	(3) 災害発生日に勤務場所を離れた時刻	午前 午後	5	時	20	分頃	
	(4) 災害発生状況	<p>私は、被災当日(〇月〇日〇曜日)に勤務を終え、午後5時20分頃、勤務先である〇〇市立〇〇病院を出発、自家用車(軽自動車)により帰途についた。いつものとおり県道〇号線を経て、国道〇号線に出て、〇〇交差点にさしかかった際、信号が赤に変わったため一時停止したところ、後方から走ってきた加害者〇〇〇〇の運転する普通乗用車(沖縄〇〇〇〇-〇〇)に追突され、その勢いで私の運転する車は約〇メートル先の左側歩道に乗り上げて止まった。</p> <p>この衝撃で私は別紙診断書のとおり負傷した。</p> <p>時間は午後〇時〇分頃であった。</p> <p>(共済組合員証は使用していない)</p>					
	<p><b>被災当日の通勤方法・経路が通常(通勤届)と異なっている場合はその理由も記入すること</b></p> <p><b>また、通勤途上において通勤以外の行為(逸脱や中断)が介在した場合は、内容について必ず記入すること</b></p>						
*3	<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><b>元号</b> 〇年 〇月 〇日</p> <p>所属部局の { 名 称 〇〇市立〇〇病院</p> <p>{ 所 在 地 〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号</p> <p>{ 長の職・氏名 病院長 〇〇 〇〇</p>						
4	添付する資料名	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 見取図 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他					
*5	任命権者の意見	<p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9</span>   <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">0</span>   <span style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">2</span> 本件は、順路上における退勤途上の災害であり、通勤災害に該当するものと思料する。</p> <p><b>元号</b> 〇年 〇月 〇日</p> <p>任命権者の職・氏名 〇〇市長 〇〇 〇〇</p>					

5 「2 災害発生状況等」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。

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、基金に相談すること。

7 「\*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

8 「\*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

9 年月日の記載には元号を用いる。

診 断 書	
氏 名 (生年月日)	年 月 日生
傷病名および 傷病の部位	<b>確定診断名を記入（疑いは×）</b>
療養見込期間	負傷または発病年月日 年 月 日
	初診日 年 月 日
	入院 年 月 日 日間 年 月 日
	<p style="text-align: center;">通</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <b>医療機関が作成する</b></p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> <b>初診年月日、療養見込期間が記載されていれば、病院様式の診断書でもよい</b></p>
療養のため就業 できない期間 (見込)	
公務との関係についての 意見（疾病の場合のみ）	
摘 要	
医師または 歯科医師 の 診 断	<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>住 所</p> <p>氏 名 印</p>

※医師または歯科医師の診断欄は、自署または記名押印してください。

現 認 書		
被災職員	氏 名	基金 太郎
	所 属 団 体	○ ○ ○
	所属部局、職種	〇〇市立〇〇小学校 教諭
被害発生 の 状 況	日 時	(元号) ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 時 ○ 分 ごろ
	場 所	〇〇市立〇〇小学校体育館
	状 況	<p>私は、基金氏と一緒に上記日時場所でバスケットボールのゲームに参加していた。基金氏が、パスを受け取るためにジャンプし着地した瞬間に転倒したので、駆け寄ってみると右足首が腫れているのを確認した。基金氏は立ち上がれない様子だったので、私と生徒で医務室に運び応急処置をしてもらい、〇〇病院へ連れて行った。</p> <p><b>※目撃したままの状況を目撃者の見たまままで記入すること</b></p> <p><b>※ただし、目撃者がいない場合はその状況を調査した者が「事実調査書」を作成すること。</b></p>
現 認 者	住 所 また は 所 属 部 局 名	〇〇市立〇〇小学校
	職 業 (職種)	教諭
	氏 名	〇〇 〇〇

- 現認者は、災害発生の現場に居合わせた者であればよく、職員に限定されない。現認者本人が記載することを原則とする。**
- 災害発生を目撃した状況をできるだけ詳細に記載する。**
- 災害発生直後、被災職員に対してどのような処置をしたのか。例えば、救急車を手配した、病院へ運んだ、職場へ連絡した等の事実を記載する。**

# 事 実 調 査 書

被災職員	氏 名	基金市子
	所属団体	〇〇市
	所属部局・職種	〇〇市立〇〇病院 看護師
災害発生	日 時	(元号) 〇年 〇月 〇日 〇時 〇分ごろ
	場 所	〇〇市〇〇 〇丁目〇〇交差点
調査事項	調 査 場 所	災害発生場所及び病院
	調 査 年 月 日	(元号) 〇年 〇月 〇日
	調 査 立 会 者	〇〇市立〇〇病院 主事〇〇〇〇
	調 査 内 容	<p>基金市子が交通事故に遭ったとの連絡を受け、すぐ現場へ行き事故があったことを確認しました。</p> <p>その後〇〇病院へ行き、基金市子と会い、事故の様子を聞いたところ、後方から来た〇〇〇〇運転の乗用車に追突されたとのことでした。</p>
調査者	所 属 部 局 名	〇〇市立〇〇病院
	職 名	看護師長
	氏 名	〇〇 〇〇

# 現場見取図

**経路図兼現場見取図**

**負傷部位を簡単に図示すること**

---

**現場詳細見取図**

傷病部位

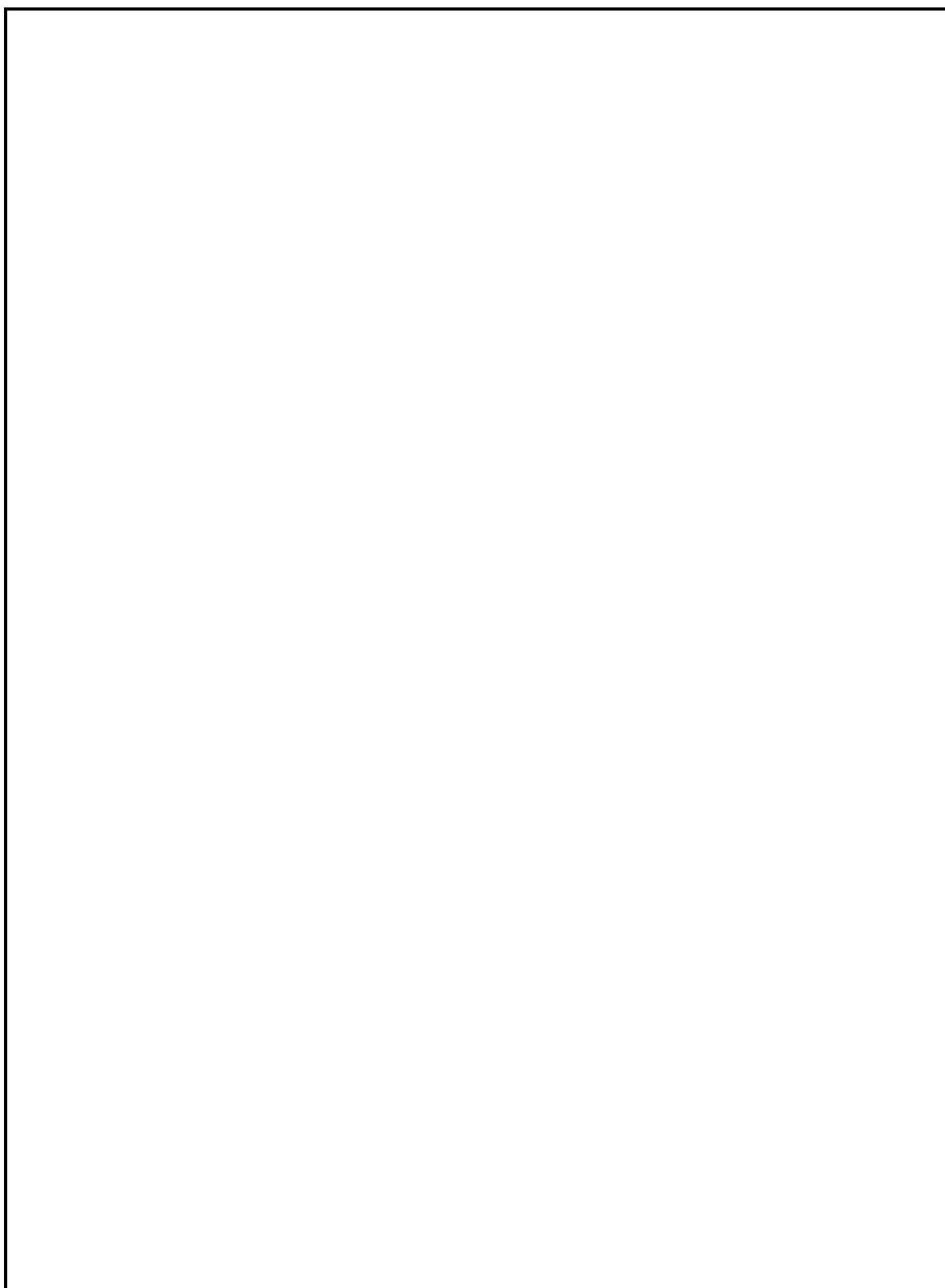
右足アキレス腱断裂

道路 の 状況	路面		速度	
	交通状況		信号又は標識	
	見とおし		その他	

[注意事項]

1. 出張の場合は地図に経路を朱記すること。
2. 現場詳細見取図はできるだけ詳記し、この用紙に書けない場合は別紙又は写真等を利用すること

## 災害発生状況図



※ 災害発生時の作業姿勢等を図示又は写真を添付し状況説明を記入してください。

### 別紙3

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、今回提出して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

地方公務員災害補償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。

-----

上記の内容について、個人情報の利用目的の明示を受けました。

令和 年 月 日

所 属

氏 名

印

**認定請求書の請求年月日  
と一致させること**

# 同意書

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿

住 所

氏 名

**認定請求書の請求年月日と  
一致させること**

印

**認定請求書の請求年月日と** 年月日

**一致させること** 属

私が令和 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の提供を受けることについて同意します。

## 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。）及び主治医の意見
- 2 共済組合又は健康保険組合等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な事項（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 ○○-○○○○○○○  
**記入漏れが多い。必ず記入する**

地方公務員災害補償基金	請求年月日	元号 ○年 ○月 ○日
沖縄県 支部長 殿	請求者の住所	○○市○○ ○丁目○番地○号 ○○アパート ○号室
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。	フリガナ 氏 名	キキン タロウ 基金 太郎

1 被災職員に関する事項	所属団体名 沖縄県教育委員会	フリガナ 氏 名	キキン タロウ 基金 太郎
	所属部局名 ○○市立○○小学校	元号	○年 ○月 ○日生(○歳)
	職 名 教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	負傷又は発病の年月日	元号

2 療養を受けようとする指定医療機関等	(新)	名 称	県立○○病院	認定通知書に記載されている 「災害発生年月日」を記入
		所在地	○○市○○ ○丁目○番地○号	
	名 称			

・ 指定医療機関を受診した際に、医療機関に提出（初回のみ）

・ 転医（医療機関を変更）する場合は、転医先の初回受診時に提出する

* 受 埋	基金支部	
(到達した年月日)	年 月 日	
* 決 定	年 月 日	* 通 知
	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給	年 月 日

- 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名称及び所在地を記入し、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名称及び所在地を記入すること。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。



療養補償請求書

認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇〇	
請求回数		第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分)	
請求年月日		元号 〇年 〇月 〇日	
請求者の住所		〇〇市〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート 〇号室	
<b>&lt;自己負担した場合(本人請求)&gt;</b>			
1 受補償委任の費用	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	〇〇病院	
	所在地	〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号	
	氏名(代表者名)	沖縄 一郎	
2 関被す災る職事員に	所属団体名	沖縄県教育委員会	
	所属部局名	〇〇市立〇〇小学校 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )	
	職名	教諭 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	
フリガナ		キキン タロウ	
氏名		基金 太郎	
元号		〇年 〇月 〇日生 ( 〇 歳)	
元号		〇年 〇月 〇日	
3 診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載の認定通知書の「災害発生日」		10,164 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	年間	看護士の資格 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6 移送費	<input type="checkbox"/> 交通費 〇〇から 〇〇まで km <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回 円		
	<input type="checkbox"/> その他の移送費 円		
7 上記以外の療養費 (3~6以外)	診断書料2,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	12,164 円
9 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 checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する		
金融機関名		〇〇銀行 本支店等名 〇〇支店	
口座種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 口座番号 〇〇〇〇〇〇	
口座名義人		法人機関又は役職の名称 (フリガナ) 〇〇病院 (〇〇ビヨウイン) 氏名 (フリガナ) 沖縄 一郎 (オキナワイチロウ)	
<input type="checkbox"/> その他			
* 受理 (到達した年月日)	所属部局 年 月 日	任命権者 年 月 日	基金支部 年 月 日
* 決定金額			払 年 月 日

[注意事項]

- 1 請求者は、\*印の欄にフリガナを記入する。
- 2 「認定番号」の欄は、元号を記入する。
- 3 「1 補償費用の受領を委任する」の欄は、委任者の氏名を記入し、委任者の住所を記入する。ま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の証明書を添付すること。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」の欄は、内訳を記入し、必要に応じて証明書を添付すること。
- 5 「7 上記以外の療養費」の欄は、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。

領収書の原本を添付する

療養補償請求書

		認定番号	〇〇-〇〇〇〇〇〇											
		請求回数	第 〇 回 ( 〇 年 〇 月分)											
地方公務員災害補償基金 沖縄県 支部長 殿		請求年月日	元号 〇年 〇月 〇日											
<p style="font-size: 2em; text-align: center;">＜受領委任の場合＞</p>		請求者の住所	〇〇市〇〇〇〇〇〇〇〇 〇〇アパート 〇号室											
		フリガナ 氏名	キキン タロウ 基金 太郎											
1	この請求書による療養補償の費用の受領を	〇〇病院	に委任します。											
	委任者の氏名	基金 太郎												
受補償費用の受領委任の	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	〇〇病院	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>医療機関が記入</b> </div>										
	所在地	〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号												
	氏名(代表者名)	沖縄 一郎												
2	所属団体名	沖縄県教育委員会												
	所属部局名	〇〇市立〇〇小学校 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 )												
	職名	教諭	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員											
		フリガナ	キキン タロウ											
		氏名	基金 太郎											
			元号 〇年 〇月 〇日生 ( 〇 歳)											
			元号 〇年 〇月 〇日											
3	診療費	内訳は「*10 診療費請求明細」欄記載の認定通知書の「災害発生日」		10,164 円										
4	調剤費	内訳は「*11 調剤費請求明細」欄記載のとおり												
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												
		年 月 日から	年間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
6	移送費	<input type="checkbox"/> 交通費												
		から	まで	km <input type="checkbox"/> 往復 回										
		<input type="checkbox"/> その他の移送費												
7	上記以外の療養費 (3~6以外)	診断書料2,000 円	8 療養補償請求金額 (3~7の合計額)	12,164 円										
9	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する													
	個人番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>												
<input checked="" type="checkbox"/> 任意の口座を指定する														
送金希望口座等	金融機関名	〇〇銀行												
	口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座												
	口座名義人	法人機関又は役職の名称(フリガナ) 〇〇病院 (〇〇ビヨウイン) <b>口座番号、フリガナは通帳どおりか要確認</b> 氏名(フリガナ) 沖縄 一郎 (オキナワイチロウ)												
<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) 基金 太郎			
傷病名	ア 右アキレス腱断裂 イ <b>認定通知書の「傷病名」</b> ウ	診療開始日	ア イ ウ	○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 年 ○ 月 ○ 日 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
初診	時間外・休日・深夜 回 点	診療期間	○ 年 ○ 月 ○ 日から ○ 年 ○ 月 ○ 日まで	診療日数	○ 日
再診	再診 × 回 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	傷病の経過			
指導		転帰	元号 ○ 年 ○ 月 ○ 日		
在宅	往診 回 夜間 回 深夜・緊急 回 住宅患者訪問診察 回 その他 回 薬剤	治ゆ	継続	転医	中止 死亡
投薬	内服 { 薬剤 × 調剤 × 屯服 { 薬剤 × 調剤 × 外用 { 薬剤 × 調剤 × 処方 × 麻毒 × 調基 ×	<p><b>※ 2号紙は医療機関が作成する</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療費の請求 → 1号紙 + 2号紙</li> <li>・ 診療報酬明細書の写しを添付する場合、「摘要」欄は「別紙のとおり」と記入するだけでよい <b>ただし、網掛け部分は必ず記入すること</b></li> </ul>			
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 × 日間 × 日間				
	特定入院料・その他				
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	10,164 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	2,000 円	
診療費請求合計額		12,164 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><b>元号</b> ○ 年 ○ 月 ○ 日</p> <p>診療機関の { 名称 ○○病院 所在地 ○○市○○ ○丁目○番地○号 医師の氏名 医師 ○○ ○○</p>					

*11 調剤費請求明細				(職員氏名) 基金 太郎			
処方せんを交付した診療機関の		名称	〇〇病院				
		所在地	〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号				
担当医名 担氏	1. 医師 〇〇 〇〇		3.				
	2.		4.				
調剤期間		〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで		〇日間		調剤実日数 〇日	
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
					点	点	点
処方せん受付回数		〇回	摘要				
調剤基本料 (点)		時間外加算等 (点)		指導料 (点)		合計点数	
277						277 点	
						合計金額	
						2,770 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><b>元号</b> 〇年 〇月 〇日</p> <p style="text-align: right;">薬局の { 名称 〇〇薬局 所在地 〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号 薬剤師の氏名 〇〇 〇〇</p>							

**※ 3号紙は  
医療機関（薬局等）が作成する**

- ・ 調剤費の請求→ 1号紙 + 3号紙
- ・ 診療報酬明細書の写しを添付する場合、  
処方欄は「別紙のとおり」と記入するだけでよい  
**ただし、網掛け部分は必ず記入すること**

# 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
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)月日	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="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;">病院又は診療所の</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 150px;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">{</span> <div style="margin-left: 5px;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>担当医師</p> </div> </div> <div style="margin-left: 20px; text-align: right;"> <p>Ⓜ</p> </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="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">被災職員氏名</p> <p style="margin-left: 100px;">地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿</p>				

