

令和元年 議案第16号

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に
関する条例施行規則の一部を改正する規則について

上記の議案を提出する。

令和元年5月16日提出

みよし市教育委員会

教育長 今瀬良江

説 明

この案を提出するのは、みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正に伴い必要があるからである。

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部を改正する規則

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則（平成15年みよし市教育委員会規則第3号）の一部を次のように改正する。

様式第1号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とし、第4項を第3項とする。

様式第2号備考及び様式第2号（その2）備考を削る。

様式第3号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第7項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第4号備考第1項を削り、同様式備考第2項を同様式備考とする。

様式第5号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第6項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第6号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第6項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第7号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とし、第4項を第3項とする。

様式第8号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第7項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第9号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第6項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第10号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第5項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第11号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とし、第4項を第3項とする。

様式第12号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第5項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第13号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第7項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第14号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第5項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第15号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第6項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第16号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とし、第4項を第3項とする。

様式第17号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とし、第4項を第3項とする。

様式第18号備考を削る。

様式第19号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項から第5項までを1項ずつ繰り上げる。

様式第20号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とする。

様式第21号備考を削る。

様式第22号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とする。

様式第23号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とする。

様式第24号備考中第1項を削り、第2項を第1項とし、第3項を第2項とする。

様式第25号（その1）から様式第28号（その2）までの備考を削る。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

議案第 号 みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部を改正する規則

- 【趣 旨】 不正競争防止法等の一部を改正する法律（平成30年5月30日公布、令和元年7月1日施行分）による工業標準化法の一部改正により、同法に規定する「日本工業規格」が「日本産業規格」とされることに伴い、様式中の用紙の規格を定める規定の削除を行う。
- 【内 容】 用紙の規格を定める規定の削除（様式第1号から様式第28号（その2）まで関係）
- 1 様式第1号「公務災害発生報告書」、様式第3号「療養補償請求書」、様式第22号「傷病の現状報告書」及び様式第23号「障害の現状報告書」の備考中「用紙の大きさは、日本工業規格A3とする。」を削る。
 - 2 様式第2号「公務災害補償通知書」、様式第2号（その2）「補償の内容」、様式第18号「災害補償決定通知書」、様式第21号「年金証書」、様式第25号（その1）（その2）「災害補償記録簿」、様式第26号（その1）（その2）「傷病補償年金記録簿」、様式第27号（その1）（その2）「傷害補償年金記録簿」及び様式第28号（その1）（その2）「遺族補償年金記録簿」の備考を削る。
 - 3 様式第4号「療養の給付請求書」、様式第5号「休業補償請求書」、様式第6号「傷病補償年金請求書」、様式第7号「傷病補償年金変更請求書」、様式第8号「傷病補償年金・一時金請求書」、様式第9号「傷害補償年金差額一時金請求書」、様式第10号「傷害補償年金前払一時金請求書」、様式第11号「傷害補償変更請求書」、様式第12号「介護補償請求書」、様式第13号「遺族補償年金請求書」、様式第14号「遺族補償年金前払一時金請求書」、様式第15号「遺族補償一時金請求書」、様式第16号「葬祭補償請求書」、様式第17号「未支給の補償請求書」、様式第19号「遺族補償年金支給停止申請書」、様式第20号「遺族補償年金支給停止解除申請書」及び様式第24号「遺族の現状報告書」の備考中「用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。」を削る。
- 【施行期日】 公布の日から施行する。

改正案

現行

様式第1号 (第2条関係)

公務災害発生報告書

_____殿

下記のとおり公務により生じたと認められる災害が発生しましたので報告します。

年 月 日

学校長
氏 名

印

被災学校医等の氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
所属学校		職 名	
災害発生日	年 月 日 時 分 ころ	災害発生場所	
傷病名		傷病の部位及びその程度	
傷病の経過	<input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 死亡 (月 日 時 ころ)	休業日数見込	約 日
健康状態	平常日		
公務による受傷病歴		私傷病歴	
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族員数	家族 人
補償を受けらるべき者	氏 名		続柄又は関係
	住 所		

(事業の概要)

様式第1号 (第2条関係)

公務災害発生報告書

_____殿

下記のとおり公務により生じたと認められる災害が発生しましたので報告します。

年 月 日

学校長
氏 名

印

被災学校医等の氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
所属学校		職 名	
災害発生日	年 月 日 時 分 ころ	災害発生場所	
傷病名		傷病の部位及びその程度	
傷病の経過	<input type="checkbox"/> 療養中 <input type="checkbox"/> 死亡 (月 日 時 ころ)	休業日数見込	約 日
健康状態	平常日		
公務による受傷病歴		私傷病歴	
配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	家族員数	家族 人
補償を受けらるべき者	氏 名		続柄又は関係
	住 所		

(事業の概要)

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案				現行			
(災害発生当日の状況とその原因)				(災害発生当日の状況とその原因)			
(公務により生じたと認める理由)				(公務により生じたと認める理由)			
添付書類名				添付書類名			
※受理年月日	年	月	日	※受理年月日	年	月	日
※通知年月日				※通知年月日			

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A3とする。
 2 略
 3 略
 4 略

備考 1 略
 2 略
 3 略

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

様式第2号(第3条関係)

公務災害補償通知書

様
年 月 日
番 年 日

様

印

あなたは、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例の規定により、下記の公務上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 被災者の職・氏名
- 2 認定番号
- 3 傷病名
- 4 災害発生年月日

現行

様式第2号(第3条関係)

公務災害補償通知書

様
年 月 日
番 年 日

様

印

あなたは、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例の規定により、下記の公務上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 被災者の職・氏名
- 2 認定番号
- 3 傷病名
- 4 災害発生年月日

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

改正案

様式第2号(その2)(第3条関係)

補償の内容	補償の内容
<p>1 あなたが被災学校医等である場合</p> <p>(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。</p> <p>(2) 休業補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務に従事することができない場合において、給与その他の業務上の収入を得ることができなときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額を休業補償として受けることができます。</p> <p>(3) 傷病補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養の開始後1年6箇月を経過した日において、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例第3条の規定においてその例によることとされる公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令施行規則(昭和62年文部省令第1号。以下「省令」という。)に定められている程度の身体障害を有しているときは、傷病補償年金を受けることができます。</p> <p>(4) 障害補償 公務上の負傷又は疾病が治った場合において、省令に定められている程度の身体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とができます。</p> <p>(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。</p> <p>(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、省令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(病院等に入院等をしていない期間を除く。)、介護補償を受けることができます。</p> <p>2 あなたが被災学校医等以外の者である場合</p> <p>(1) 遺族補償 あなたが公務上死亡した学校医等の遺族であって、学校医等の死亡の当時、その他の収入によって生計を維持しており、次の①から④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。</p> <p>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日までの間にいる子 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日までの間にいる孫</p>	<p>1 あなたが被災学校医等である場合</p> <p>(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。</p> <p>(2) 休業補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務に従事することができない場合において、給与その他の業務上の収入を得ることができなときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額を休業補償として受けることができます。</p> <p>(3) 傷病補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養の開始後1年6箇月を経過した日において、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例第3条の規定においてその例によることとされる公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令施行規則(昭和62年文部省令第1号。以下「省令」という。)に定められている程度の身体障害を有しているときは、傷病補償年金を受けることができます。</p> <p>(4) 障害補償 公務上の負傷又は疾病が治った場合において、省令に定められている程度の身体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とができます。</p> <p>(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。</p> <p>(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、省令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(病院等に入院等をしていない期間を除く。)、介護補償を受けることができます。</p> <p>2 あなたが被災学校医等以外の者である場合</p> <p>(1) 遺族補償 あなたが公務上死亡した学校医等の遺族であって、学校医等の死亡の当時、その他の収入によって生計を維持しており、次の①から④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。</p> <p>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日までの間にいる子 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日までの間にいる孫</p>

現行

様式第2号(その2)(第3条関係)

補償の内容	補償の内容
<p>1 あなたが被災学校医等である場合</p> <p>(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。</p> <p>(2) 休業補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務に従事することができない場合において、給与その他の業務上の収入を得ることができなときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額を休業補償として受けることができます。</p> <p>(3) 傷病補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養の開始後1年6箇月を経過した日において、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例第3条の規定においてその例によることとされる公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令施行規則(昭和62年文部省令第1号。以下「省令」という。)に定められている程度の身体障害を有しているときは、傷病補償年金を受けることができます。</p> <p>(4) 障害補償 公務上の負傷又は疾病が治った場合において、省令に定められている程度の身体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とができます。</p> <p>(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。</p> <p>(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、省令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(病院等に入院等をしていない期間を除く。)、介護補償を受けることができます。</p> <p>2 あなたが被災学校医等以外の者である場合</p> <p>(1) 遺族補償 あなたが公務上死亡した学校医等の遺族であって、学校医等の死亡の当時、その他の収入によって生計を維持しており、次の①から④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。</p> <p>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日までの間にいる子 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日までの間にいる孫</p>	<p>1 あなたが被災学校医等である場合</p> <p>(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。</p> <p>(2) 休業補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務に従事することができない場合において、給与その他の業務上の収入を得ることができなときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額を休業補償として受けることができます。</p> <p>(3) 傷病補償 公務上負傷し、又は疾病にかかり、療養の開始後1年6箇月を経過した日において、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例第3条の規定においてその例によることとされる公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償の基準を定める政令施行規則(昭和62年文部省令第1号。以下「省令」という。)に定められている程度の身体障害を有しているときは、傷病補償年金を受けることができます。</p> <p>(4) 障害補償 公務上の負傷又は疾病が治った場合において、省令に定められている程度の身体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とができます。</p> <p>(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。</p> <p>(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、省令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(病院等に入院等をしていない期間を除く。)、介護補償を受けることができます。</p> <p>2 あなたが被災学校医等以外の者である場合</p> <p>(1) 遺族補償 あなたが公務上死亡した学校医等の遺族であって、学校医等の死亡の当時、その他の収入によって生計を維持しており、次の①から④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。</p> <p>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日までの間にいる子 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日までの間にいる孫</p>

改正案

現行

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歳以上の60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹
 ただし、学校医等の死亡の当時、省令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、年齢に關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、⑦に掲げる
 順序により最先順位者(遺族補償年金を受ける者)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。
 (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となります。
 (3) 葬祭補償
 あなたが公務上死亡した学校医等の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費
 用を考慮して政令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つて、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、省令に定める障害の程度に
 対応し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つて、死亡した受給権者に支給されるべき補償で
 まだ支給されなかつた分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

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歳以上の60歳未満の夫、父母、祖父母、兄弟姉妹
 ただし、学校医等の死亡の当時、省令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、年齢に關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、⑦に掲げる
 順序により最先順位者(遺族補償年金を受ける者)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。
 (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となります。
 (3) 葬祭補償
 あなたが公務上死亡した学校医等の葬祭を行う者である場合は、通常葬祭に要する費
 用を考慮して政令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つて、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、省令に定める障害の程度に
 対応し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つて、死亡した受給権者に支給されるべき補償で
 まだ支給されなかつた分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

様式第3号 (第4条関係)

療養補償請求書

請求回数 認定 番号	第 回	年 月 日	請求年月日	氏 名	請求者の住所 氏 名	印
下記の療養補償を請求します。						
(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 氏 名 印 に委任します。						
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。						

様式第3号 (第4条関係)

療養補償請求書

請求回数 認定 番号	第 回	年 月 日	請求年月日	氏 名	請求者の住所 氏 名	印
下記の療養補償を請求します。						
(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 氏 名 印 に委任します。						
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。						

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

〔 〕		支払請求者の住所氏名		印	
1 (所属学校)					
2 (氏名)	3 (職名)				
年 月 日 生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
4 負傷又は発病年月日					
5 診療費	内訳は「医師の証明」欄記載のとおり				
6 看護料	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間	円	
7 移送費	(交通費) から まで キロメートル	回	円		
	(その他の移送費)				
8 上記以外の療養費	円				
9 療養補償請求金額	円				
10 添付する書類その他の資料名	円				

現行

〔 〕		支払請求者の住所氏名		印	
1 (所属学校)					
2 (氏名)	3 (職名)				
年 月 日 生	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
4 負傷又は発病年月日					
5 診療費	内訳は「医師の証明」欄記載のとおり				
6 看護料	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 附添婦 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間	円	
7 移送費	(交通費) から まで キロメートル	回	円		
	(その他の移送費)				
8 上記以外の療養費	円				
9 療養補償請求金額	円				
10 添付する書類その他の資料名	円				

11 希望の送金の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日
	口座番号			※支払	年 月 日
	口座名義			※決定金額	円

11 希望の送金の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日
	口座番号			※支払	年 月 日
	口座名義			※決定金額	円

※12医師の証明

(1) 傷病名	イロハ	(2) 診療開始日	年 月 日
(3) 傷病の経過		(4) 診療期間	年 月 日から 年 月 日まで
(5) 診療料	初診	療養日数	日
	再診	療養日数	日
	内科再診	療養日数	日
	時間外・休日・深夜	療養日数	日
	時間内・時間外・休日・深夜	療養日数	日
	指導	療養日数	日

※12医師の証明

(1) 傷病名	イロハ	(2) 診療開始日	年 月 日
(3) 傷病の経過		(4) 診療期間	年 月 日から 年 月 日まで
(5) 診療料	初診	療養日数	日
	再診	療養日数	日
	内科再診	療養日数	日
	時間外・休日・深夜	療養日数	日
	時間内・時間外・休日・深夜	療養日数	日
	指導	療養日数	日

みよし市立の学校の学校の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

往診	普夜通開 深夜・暴風雨雪・難路	回数
(6) 投薬料	内服 調剤	単位 回 単位 回
(7) 注射料	皮下筋肉内 静脈その他	回 回 回
(8) 処置料	薬劑	回 回
(9) 手術・麻酔料	薬劑	回 回
(10) 検査料	薬劑	回 回
(11) レントゲン料	薬劑	回 回
(12) その他		
入院年月日		年月日
入院期間		月日 月日
病診院療所		入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)
入院	基食	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間
	看護2	入院時医学管理料 2週間以内
	看護1	1月超～3月以内
	看護3	3月超
診療報酬点数表により計算できるもの合計額		小計 (A) 円
(14) 診療報酬点数表により計算できるもの(例えば診断書料・入院室料差額等)		1点単位 (B) 円
(15) 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)		(内訳) (C) 円
(16) 診療費請求合計額		(A)+(B)+(C) 円
上記の事項は事実と相違ありません。		
年 月 日		

現行

往診	普夜通開 夜・暴風雨雪・難路	回数
(6) 投薬料	内服 調剤	単位 回 単位 回
(7) 注射料	皮下筋肉内 静脈その他	回 回 回
(8) 処置料	薬劑	回 回
(9) 手術・麻酔料	薬劑	回 回
(10) 検査料	薬劑	回 回
(11) レントゲン料	薬劑	回 回
(12) その他		
入院年月日		年月日
入院期間		月日 月日
病診院療所		入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料)
入院	基食	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間
	看護2	入院時医学管理料 2週間以内
	看護1	1月超～3月以内
	看護3	3月超
診療報酬点数表により計算できるもの合計額		小計 (A) 円
(14) 診療報酬点数表により計算できるもの(例えば診断書料・入院室料差額等)		1点単位 (B) 円
(15) 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)		(内訳) (C) 円
(16) 診療費請求合計額		(A)+(B)+(C) 円
上記の事項は事実と相違ありません。		
年 月 日		

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

診療機関の 名称 医師氏名	所在地 名称 医師氏名	印
---------------------	-------------------	---

- 備考 1 略
2 略
3 略
4 略
5 略
6 略

様式第4号 (第4条関係)

療養の給付請求書

療養の給付請求書		認定 番号
殿	請求年月日	年 月 日
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。		請求者の住所 氏 名
1 (所属学校)		印
2 (氏 名)	3 (職 名)	
4 (負傷又は発病年月日)		年 月 日
5 療養を受けようとする指定医療機関等	住 所	年 月 日
	名 称	

- 備考 1 略
2 略

現行

診療機関の 名称 医師氏名	所在地 名称 医師氏名	印
---------------------	-------------------	---

- 備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A3とする。
2 略
3 略
4 略
5 略
6 略
7 略

様式第4号 (第4条関係)

療養の給付請求書

療養の給付請求書		認定 番号
殿	請求年月日	年 月 日
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。		請求者の住所 氏 名
1 (所属学校)		印
2 (氏 名)	3 (職 名)	
4 (負傷又は発病年月日)		年 月 日
5 療養を受けようとする指定医療機関等	住 所	年 月 日
	名 称	

- 備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2 略

改正案

様式第5号 (第4条関係)

休業補償請求書

請求回数 認定番号		第 第	回
請求年月日		年 月 日	
請求者の住所 氏名		印	
下記の休業補償を請求します。			
1 (所属学校)			
2 (氏名)	3 (職名)		
年 月 日生	4 (傷 又 は 発病年月日)	年 月 日	
5 (請求日数)	年 月 日から 年 月 日まで	のうち	全部休業日数 一部休業日数
6 休業した日に支払われた給付の総額	給与の総額 その他の収入の総額	円	円
7 休業した日に支払われた給付の総額	給与の総額 その他の収入の総額	円	円
5及び6の給与の総額については、上記のとおりであることを証明します。			
7※ 所属学校の証明	所属学校の 所在地 名称 校長名		印
8 休業補償請求金額の計算	全部休業した日についての計算	$\left(\left[\left(\left[\text{補償額} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{全部休業した日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{給与その他の収入の総額} \right] \right) \right] \right] \right] \right) \times \frac{60}{100} = \text{円}$	
	一部休業した日についての計算	$\left(\left[\left(\left[\text{補償額} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{全部休業した日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{給与その他の収入の総額} \right] \right) \right] \right] \right] \right) \times \frac{60}{100} = \text{円}$	
9 休業補償請求金額	円		

様式第5号 (第4条関係)

休業補償請求書

請求回数 認定番号		第 第	回
請求年月日		年 月 日	
請求者の住所 氏名		印	
下記の休業補償を請求します。			
1 (所属学校)			
2 (氏名)	3 (職名)		
年 月 日生	4 (傷 又 は 発病年月日)	年 月 日	
5 (請求日数)	年 月 日から 年 月 日まで	のうち	全部休業日数 一部休業日数
6 休業した日に支払われた給付の総額	給与の総額 その他の収入の総額	円	円
7 休業した日に支払われた給付の総額	給与の総額 その他の収入の総額	円	円
5及び6の給与の総額については、上記のとおりであることを証明します。			
7※ 所属学校の証明	所属学校の 所在地 名称 校長名		印
8 休業補償請求金額の計算	全部休業した日についての計算	$\left(\left[\left(\left[\text{補償額} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{全部休業した日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{給与その他の収入の総額} \right] \right) \right] \right] \right] \right) \times \frac{60}{100} = \text{円}$	
	一部休業した日についての計算	$\left(\left[\left(\left[\text{補償額} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{請求日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{全部休業した日} \right] \right) \left[\left(\left[\text{給与その他の収入の総額} \right] \right) \right] \right] \right] \right) \times \frac{60}{100} = \text{円}$	
9 休業補償請求金額	円		

現行

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

(傷病名)	(現在の状態) □治ゆ □死亡 □中止 □継続 □転医	年 月 日
※10 医師の証明	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる理由	年 月 日 年 月 日 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つたと認められる理由	
上記のとおりであることを証明します。 年 月 日		
医療機関の 所在地 名称 医師氏名		印
11 厚生年金保険法等の適用	□ の被保険者である。 □被保険者でない。	
12 添付する書類その他の資料名		

13 送金希望の場 送金希望の場	振込先	銀行	支店	年 月 日
	預金科目	□普通預金 □当座預金		年 月 日
	口座番号			年 月 日
	口座名義			円
※受理				年 月 日
※決定				年 月 日
※支払				年 月 日
※決定金額				円

備考
1 略
2 略
3 略
4 略
5 略

様式第6号 (第4条関係)

傷病補償年金請求書

認定 番号	年 月 日
請求年月日	年 月 日
殿	

現行

(傷病名)	(現在の状態) □治ゆ □死亡 □中止 □継続 □転医	年 月 日
※10 医師の証明	請求日数のうち療養のため勤務することができなかつたと認められる理由	年 月 日 年 月 日 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つたと認められる理由	
上記のとおりであることを証明します。 年 月 日		
医療機関の 所在地 名称 医師氏名		印
11 厚生年金保険法等の適用	□ の被保険者である。 □被保険者でない。	
12 添付する書類その他の資料名		

13 送金希望の場 送金希望の場	振込先	銀行	支店	年 月 日
	預金科目	□普通預金 □当座預金		年 月 日
	口座番号			年 月 日
	口座名義			円
※受理				年 月 日
※決定				年 月 日
※支払				年 月 日
※決定金額				円

備考
1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2 略
3 略
4 略
5 略
6 略

様式第6号 (第4条関係)

傷病補償年金請求書

認定 番号	年 月 日
請求年月日	年 月 日
殿	

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

請求者の住所		印
1 下記の傷病補償年金を請求します。 (所属学校)	2 (氏名)	年 月 日 生
3 (職名)	4 (負傷又は発病年月日)	年 月 日
5 (傷病等級)	6 (傷病等級該当年月日)	年 月 日
7 (傷病の部位及びその程度)	第 級 号	年 月 日
8 (既存障害とその程度)		
9 (日常生活の状態)		
10 傷病補償年金請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額 (倍 数)	円
11 厚生年金保険法等の適用	<input type="checkbox"/>	の被保険者でない。
12 添付する書類その他の資料名		

振込先	銀行支店	年 月 日
13 送金希望の場合	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	年 月 日
預金科目		年 月 日
口座番号		第 級 号
口座名義		第 号
※受 理		年 月 日
※決 定		年 月 日
※傷病等級		第 級 号
※年金証書の番号		第 号
※支給開始年月		年 月
※決定金額		円

備考

- 1 略
- 2 略
- 3 略
- 4 略
- 5 略

現行

請求者の住所		印
1 下記の傷病補償年金を請求します。 (所属学校)	2 (氏名)	年 月 日 生
3 (職名)	4 (負傷又は発病年月日)	年 月 日
5 (傷病等級)	6 (傷病等級該当年月日)	年 月 日
7 (傷病の部位及びその程度)	第 級 号	年 月 日
8 (既存障害とその程度)		
9 (日常生活の状態)		
10 傷病補償年金請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額 (倍 数)	円
11 厚生年金保険法等の適用	<input type="checkbox"/>	の被保険者でない。
12 添付する書類その他の資料名		

振込先	銀行支店	年 月 日
13 送金希望の場合	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	年 月 日
預金科目		年 月 日
口座番号		第 級 号
口座名義		第 号
※受 理		年 月 日
※決 定		年 月 日
※傷病等級		第 級 号
※年金証書の番号		第 号
※支給開始年月		年 月
※決定金額		円

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

- 1 略
- 2 略
- 3 略
- 4 略
- 5 略

改正案

現行

様式第7号 (第4条関係)

傷病補償年金変更請求書

請求年月日 年 月 日 請求者の年金証書の番号 第 号 住所 氏名 印	
殿 下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。	
1 現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第 級 号
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 日
3 障害の程度に変更があった年月日	年 月 日
4 傷病の部位及びその程度	(第 級 号)
5 変更後の傷病補償年金請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額 (倍 数) × = 円
6 添付する書類その他の資料名	

※ 受理	年 月 日	※ 決定	年 月 日
※ 変更後の傷病等級	第 級 号	※ 決定金額	円

備考

- 1 略
- 2 略
- 3 略

様式第8号 (第4条関係)

傷病補償一時金請求書

様式第7号 (第4条関係)

傷病補償年金変更請求書

請求年月日 年 月 日 請求者の年金証書の番号 第 号 住所 氏名 印	
殿 下記のとおり傷病補償年金の変更を請求します。	
1 現在受けている傷病補償年金の傷病等級	第 級 号
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 日
3 障害の程度に変更があった年月日	年 月 日
4 傷病の部位及びその程度	(第 級 号)
5 変更後の傷病補償年金請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額 (倍 数) × = 円
6 添付する書類その他の資料名	

※ 受理	年 月 日	※ 決定	年 月 日
※ 変更後の傷病等級	第 級 号	※ 決定金額	円

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

- 2 略
- 3 略
- 4 略

様式第8号 (第4条関係)

傷病補償一時金請求書

みよし市立の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

改正案

認定 番号		年 月 日	
殿		請求年月日	
下記の障害補償を請求します。		請求者の住所	
氏名		印	
1(所属学校)			
2(氏名)		3(職名)	
年 月 日 生		年 月 日	
4(負傷又は発病年月日)		5(治療年月日)	
年 月 日		年 月 日	
6(障害の部位及びその程度)			
7(既存障害とその程度)			
8 障害等級		第 級 号	
9 障害補償請求金額		(倍 数)	
年 金	<input type="checkbox"/>	年 金	<input type="checkbox"/>
一時金	<input type="checkbox"/>	一時金	<input type="checkbox"/>
10 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
11 添付する書類その他の資料名			

振込先	銀行 支店	年 月 日
預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	年 月 日
口座番号		年 月 日
口座名義		第 級 号
※ 受 理 定 支 払 障害等級	年金証書の番号	第 号
※ 決 定 支 給開始年月		年 月
※ 決 定 金額	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金	円 円

備考 1 略
2 略
3 略

現行

認定 番号		年 月 日	
殿		請求年月日	
下記の障害補償を請求します。		請求者の住所	
氏名		印	
1(所属学校)			
2(氏名)		3(職名)	
年 月 日 生		年 月 日	
4(負傷又は発病年月日)		5(治療年月日)	
年 月 日		年 月 日	
6(障害の部位及びその程度)			
7(既存障害とその程度)			
8 障害等級		第 級 号	
9 障害補償請求金額		(倍 数)	
年 金	<input type="checkbox"/>	年 金	<input type="checkbox"/>
一時金	<input type="checkbox"/>	一時金	<input type="checkbox"/>
10 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/> の被保険者である。 <input type="checkbox"/> 被保険者でない。	
11 添付する書類その他の資料名			

振込先	銀行 支店	年 月 日
預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	年 月 日
口座番号		年 月 日
口座名義		第 級 号
※ 受 理 定 支 払 障害等級	年金証書の番号	第 号
※ 決 定 支 給開始年月		年 月
※ 決 定 金額	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 一時金	円 円

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

2 略
3 略
4 略

改正案

4 略
5 略
6 略

様式第9号 (第4条関係)

障害補償年金差額一時金請求書

認定番号		請求年月日		請求者の住所 氏名		印	
				死亡した学校医等 との続柄又は関係			
下記の障害補償年金差額一時金を請求します。							
1 死亡した学校医等に関する事項							
(所属学校)		(氏名)	年 月 日 生				
(職名)		年 月 日 生					
死亡年月日	年 月 日						
死亡時の障害等級	第 級						
既存障害とその程度							
受給権者の氏名	死亡した学校医等との続柄又は関係	備 考					
障害補償年金差額一時金請求金額の計算		支給された障害補償年金の額の合計	円	支給された障害補償年金の額	円		
		補償基礎額 乗すべき数	支給された年金及び前払一時金の額の合計額				
		×	×		= 円		
						受給権者の数	
						円	
3 障害補償年金差額一時金請求金額							

4 送金希望の場	振込先	銀行	支店	※ 受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決定金額	円

4 略
5 略
6 略

様式第9号 (第4条関係)

障害補償年金差額一時金請求書

認定番号		請求年月日		請求者の住所 氏名		印	
				死亡した学校医等 との続柄又は関係			
下記の障害補償年金差額一時金を請求します。							
1 死亡した学校医等に関する事項							
(所属学校)		(氏名)	年 月 日 生				
(職名)		年 月 日 生					
死亡年月日	年 月 日						
死亡時の障害等級	第 級						
既存障害とその程度							
受給権者の氏名	死亡した学校医等との続柄又は関係	備 考					
障害補償年金差額一時金請求金額の計算		支給された障害補償年金の額の合計	円	支給された障害補償年金の額	円		
		補償基礎額 乗すべき数	支給された年金及び前払一時金の額の合計額				
		×	×		= 円		
						受給権者の数	
						円	
3 障害補償年金差額一時金請求金額							

4 送金希望の場	振込先	銀行	支店	※ 受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※ 決定金額	円

改正案 現行

みよし市立の学校の学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則の一部改正新旧対照表

合	口座番号	年月日
	口座名義	年月日
	※ 年金証書の番号	第 号

備考 1 略
2 略
3 略
4 略
5 略

様式第10号 (第4条関係)

障害補償年金前払一時金請求書

認定番号		年月日
請求年月日		年月日
請求者の住所氏名		印
1 障害等級	第 級	号
2 既存障害とその程度		
3 障害補償年金の支給決定に係る学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第6条の規定による通知を受けた年月日	年 月 日	
4 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月 分から 年 月 分まで	円
5 請求者が選択する障害補償年金前払一時金請求金額の計算	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額 <input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額を超過した場合 (補償基礎) (乗すべき) (数) 円 X = 円	円

合	口座番号	年月日
	口座名義	年月日
	※ 年金証書の番号	第 号

備考 1 用紙の太さは、日本工業規格A4とする。
2 略
3 略
4 略
5 略

様式第10号 (第4条関係)

障害補償年金前払一時金請求書

認定番号		年月日
請求年月日		年月日
請求者の住所氏名		印
1 障害等級	第 級	号
2 既存障害とその程度		
3 障害補償年金の支給決定に係る学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則第6条の規定による通知を受けた年月日	年 月 日	
4 障害補償年金前払一時金の申出を行った月までの期間に係る障害補償年金の額の合計額	年 月 分から 年 月 分まで	円
5 請求者が選択する障害補償年金前払一時金請求金額の計算	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額 <input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額を超過した場合 (補償基礎) (乗すべき) (数) 円 X = 円	円

改正案

補償基礎額の	<input type="checkbox"/> 1,200倍	に相当する額	(2) 障害補償年金前払一時金の限度額以外 を選択した場合
	<input type="checkbox"/> 1,000倍		
請求金額	<input type="checkbox"/> 800倍	円× = 円	(補償基礎額) (倍数)
	<input type="checkbox"/> 600倍		
	<input type="checkbox"/> 400倍		
	<input type="checkbox"/> 200倍		

振込先	銀行	支店	年	月	日
預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		決定金額	円	
口座番号			※ 通 知	年	月
口座名義			※ 支 払	年	月
6 送金希望の場合			年金証書の番号	第	号

備考 1 略
2 略
3 略
4 略

様式第11号 (第4条関係)

障害補償変更請求書

請求年月日	年	月	日
請求者の年金証書の番号	第	号	
住所氏名	氏 名 住 所 第 号 印		
下記のとおりに障害補償の変更を請求します。			
1 現在受けている障害補償年金の障害等級	第	号	
2 現在受けている障害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日	年	月	日
4 障害の部位及にその程度	(第 級 号)		

現行

補償基礎額の	<input type="checkbox"/> 1,200倍	に相当する額	(2) 障害補償年金前払一時金の限度額以外 を選択した場合
	<input type="checkbox"/> 1,000倍		
請求金額	<input type="checkbox"/> 800倍	円× = 円	(補償基礎額) (倍数)
	<input type="checkbox"/> 600倍		
	<input type="checkbox"/> 400倍		
	<input type="checkbox"/> 200倍		

振込先	銀行	支店	年	月	日
預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		決定金額	円	
口座番号			※ 通 知	年	月
口座名義			※ 支 払	年	月
6 送金希望の場合			年金証書の番号	第	号

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2 略
3 略
4 略
5 略

様式第11号 (第4条関係)

障害補償変更請求書

請求年月日	年	月	日
請求者の年金証書の番号	第	号	
住所氏名	氏 名 住 所 第 号 印		
下記のとおりに障害補償の変更を請求します。			
1 現在受けている障害補償年金の障害等級	第	号	
2 現在受けている障害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日	年	月	日
4 障害の部位及にその程度	(第 級 号)		

改正案

5	変更後の障害補償請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額	(倍数)	=	円
		一時金	(倍数)	=	円
6	添付する書類その他の資料名				

※受	理	年	月	日	※決	定	年	月	日
※支	払	年	月	日	□変	更	□不	変	更
※障	害	後	の	第	号	※決	定	金	額
									円

備考

- 1 略
- 2 略
- 3 略

様式第12号(第4条関係)

介護補償請求書

1 学校等に関する事項		請求年月日		年	月	日	請求回数	第	回
下記の介護補償を請求します。		請求者の住所		殿					
ふりがな		氏名		印					
(所属学校)		(職名)							
(氏名)		(職名)							
(負傷又は発病年月日)		年		月	日				
2 傷病等級又は障害等級		第	級	第	級	8 年金証書の番号	第	号	号
□傷病等級		□傷病等級	□障害等級	□障害等級	□年金証書の番号	□常時介護を要する状態	□常時介護を要する状態		
4 介護を要する状態の区分		介護費用を支出せしめた日の有無		介護費用として支出した額		請求月額			
5 請求金額等		年	月	年	月	円	円	円	円
6 介護を受け		□在宅	□病院・施設等(名称:)	年	月	日	年	月	日
た場所		入院・入所期間()							

現行

5	変更後の障害補償請求金額	年金たる補償に係る補償基礎額	(倍数)	=	円
		一時金	(倍数)	=	円
6	添付する書類その他の資料名				

※受	理	年	月	日	※決	定	年	月	日
※支	払	年	月	日	□変	更	□不	変	更
※障	害	後	の	第	号	※決	定	金	額
									円

備考1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

- 2 略
- 3 略
- 4 略

様式第12号(第4条関係)

介護補償請求書

1 学校等に関する事項		請求年月日		年	月	日	請求回数	第	回
下記の介護補償を請求します。		請求者の住所		殿					
ふりがな		氏名		印					
(所属学校)		(職名)							
(氏名)		(職名)							
(負傷又は発病年月日)		年		月	日				
2 傷病等級又は障害等級		第	級	第	級	8 年金証書の番号	第	号	号
□傷病等級		□傷病等級	□障害等級	□障害等級	□年金証書の番号	□常時介護を要する状態	□常時介護を要する状態		
4 介護を要する状態の区分		介護費用を支出せしめた日の有無		介護費用として支出した額		請求月額			
5 請求金額等		年	月	年	月	円	円	円	円
6 介護を受け		□在宅	□病院・施設等(名称:)	年	月	日	年	月	日
た場所		入院・入所期間()							

改正案

7 介護に従事した者	氏名	請求者との続柄又は関係	請求者が介護を受けた期間
			年 月 日～年 月 日
			年 月 日～年 月 日
			年 月 日～年 月 日

8 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金		※決定金額	円
	口座番号	<input type="checkbox"/> 当座預金		※通知	年 月 日
	口座名義			※支払	年 月 日

備考
1 略
2 略
3 略
4 略

様式第13号 (第4条関係)

遺族補償年金請求書

1 死亡学校医等に関する事項		請求年月日	年 月 日
死亡学校医等に関する事項		請求者(代表者)の住所	年 月 日
		氏名	
		学校医等との続柄	
		(所属学校)	
		(氏名)	年 月 日生
		(職名)	
		(死亡年月日)	年 月 日
		厚生年金保険 <input type="checkbox"/> の被保険者であった。	
		法等の適用 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。	
		<input type="checkbox"/> 学校医等の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権	
		<input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明	
2 請求の事由		氏名	年 月 日生
3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族		住所	
		死亡学校医等との続柄	
		備考	

様式第13号 (第4条関係)

遺族補償年金請求書

1 死亡学校医等に関する事項		請求年月日	年 月 日
死亡学校医等に関する事項		請求者(代表者)の住所	年 月 日
		氏名	
		学校医等との続柄	
		(所属学校)	
		(氏名)	年 月 日生
		(職名)	
		(死亡年月日)	年 月 日
		厚生年金保険 <input type="checkbox"/> の被保険者であった。	
		法等の適用 <input type="checkbox"/> 被保険者ではなかった。	
		<input type="checkbox"/> 学校医等の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権	
		<input type="checkbox"/> 胎児であった子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明	
2 請求の事由		氏名	年 月 日生
3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族		住所	
		死亡学校医等との続柄	
		備考	

現行

7 介護に従事した者	氏名	請求者との続柄又は関係	請求者が介護を受けた期間
			年 月 日～年 月 日
			年 月 日～年 月 日
			年 月 日～年 月 日

8 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金		※決定金額	円
	口座番号	<input type="checkbox"/> 当座預金		※通知	年 月 日
	口座名義			※支払	年 月 日

備考1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

2 略
3 略
4 略
5 略