

みや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

4 既に遺族補償年金を受けている者	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	備考
5 遺族補償年金請求年額の計算	$\frac{\text{年金たる補償に係る補償基礎額}}{\text{請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合}} \times \frac{1}{\text{(請求者の数)}} = \text{円}$				
6 遺族補償年金請求年額	$\frac{\text{請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合}}{\text{代表者を選任した場合}} \times \text{(5の請求年額)} \times \text{(請求者の数)} = \text{円}$				
7 添付する書類その他の資料名					

8 送金希望の場合	振込先	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号		
	口座名義		

※受理	決定	年	月	日
※年金証書の番号	第	号		
※年金開始年月	年	月		
※決定年額	請求者が1人の場合を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合			

備考 1 略
2 略
3 略
4 略
5 略
6 略

現行

4 既に遺族補償年金を受けている者	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	備考
5 遺族補償年金請求年額の計算	$\frac{\text{年金たる補償に係る補償基礎額}}{\text{請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合}} \times \frac{1}{\text{(請求者の数)}} = \text{円}$				
6 遺族補償年金請求年額	$\frac{\text{請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合}}{\text{代表者を選任した場合}} \times \text{(5の請求年額)} \times \text{(請求者の数)} = \text{円}$				
7 添付する書類その他の資料名					

8 送金希望の場合	振込先	銀行	支店
	預金科目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	口座番号		
	口座名義		

※受理	決定	年	月	日
※年金証書の番号	第	号		
※年金開始年月	年	月		
※決定年額	請求者が1人の場合を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合			

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
7 略

改正案

現行

様式第14号 (第4条関係)

様式第14号 (第4条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書		認定 番号	年	月	日	
殿 下記の遺族補償年金前払一時金を請 求します。 氏名 死亡学校医等との続柄		請求年月日				印
1	遺族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				
2	遺族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遺族補償年金の合計額	年 月分から 年 月分まで				円
3	代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合				
4	請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算	(1) 請求金額 補償基 (倍數) × (受給権者の数) = 円 (2) 請求金額の合計額 (1)の請求金額の数の 補償基 基礎額の <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相当する額				円
5	送金希望	振込先	銀行	支店	※受理	年 月 日

遺族補償年金前払一時金請求書		認定 番号	年	月	日	
殿 下記の遺族補償年金前払一時金を請 求します。 氏名 死亡学校医等との続柄		請求年月日				印
1	遺族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				
2	遺族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遺族補償年金の合計額	年 月分から 年 月分まで				円
3	代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合				
4	請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算	(1) 請求金額 補償基 (倍數) × (受給権者の数) = 円 (2) 請求金額の合計額 (1)の請求金額の数の 補償基 基礎額の <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 に相当する額				円
5	送金希望	振込先	銀行	支店	※受理	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

現行

の場合	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 受給者が1人の場
預金科目	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決定金額 合又は代表者を選任 しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場 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

様式第15号 (第4条関係)

遺族補償一時金請求書

請求年月日 年 月 日		認定 番号
請求者の住所 氏 名		印
下記の遺族補償一時金を請求します。		
1 死亡学 校医等 に関する事項	(所属学校)	
(氏 名)		
(職 名)		
(死亡年月日)	年 月 日	
2 遺族補 償一時 金請求 額の計 算	死亡学校医 等との続柄 又は関係	支給された 年金及び前 払一時金の 額の合計
受給権者 の氏 名	生 年 月 日	$\left(\begin{array}{l} \text{補基礎額} \\ \times \end{array} \right) \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$
遺族補 償年金 あった場合	年金の受給権者で あった場合	支給された年金及び前 払一時金の額の合計

の場合	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 受給者が1人の場
預金科目	<input type="checkbox"/> 当座預金	※決定金額 合又は代表者を選任 しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場 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15号 (第4条関係)

遺族補償一時金請求書

請求年月日 年 月 日		認定 番号
請求者の住所 氏 名		印
下記の遺族補償一時金を請求します。		
1 死亡学 校医等 に関する事項	(所属学校)	
(氏 名)		
(職 名)		
(死亡年月日)	年 月 日	
2 遺族補 償一時 金請求 額の計 算	死亡学校医 等との続柄 又は関係	支給された 年金及び前 払一時金の 額の合計
受給権者 の氏 名	生 年 月 日	$\left(\begin{array}{l} \text{補基礎額} \\ \times \end{array} \right) \times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$
遺族補 償年金 あった場合	年金の受給権者で あった場合	支給された年金及び前 払一時金の額の合計

改正案

が支給された場合				円
				円
				円
				円
総計				
3 遺族補償一時金請求額				円
4 添付する書類その他の資料名				

5 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場	振込先 銀行 支店	※受理 ※決定 ※支払 ※決定金額	年月日 年月日 年月日 年月日 年月日
	普通預金 当座預金		
	口座番号		
	口座名義		

備考
1 略
2 略
3 略
4 略
5 略

様式第16号 (第4条関係)

葬祭補償請求書

請求年月日 年 月 日		認定 番号
印		
請求者の住所 氏名 学校医等との 続柄又は関係		
下記の葬祭補償を請求します。		
1 死亡学 校医等 に関する事項	(所属学校)	
(氏名)		
(職名)		
(死亡年月日)	年 月 日	
2 葬祭補償請求 金額の計算	(A) 円 + (補償基礎額) × 80 =	円

現行

が支給された場合				円
				円
				円
				円
総計				
3 遺族補償一時金請求額				円
4 添付する書類その他の資料名				

5 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場 送金希望の場	振込先 銀行 支店	※受理 ※決定 ※支払 ※決定金額	年月日 年月日 年月日 年月日
	普通預金 当座預金		
	口座番号		
	口座名義		

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16号 (第4条関係)

葬祭補償請求書

請求年月日 年 月 日		認定 番号
印		
請求者の住所 氏名 学校医等との 続柄又は関係		
下記の葬祭補償を請求します。		
1 死亡学 校医等 に関する事項	(所属学校)	
(氏名)		
(職名)		
(死亡年月日)	年 月 日	
2 葬祭補償請求 金額の計算	(A) 円 + (補償基礎額) × 90 =	円

改正案
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

現行

(B) (補償基礎額) × 60 = 円	
(C) (A)、(B)のうち高い金額 □(A) □(B)	
3 葬祭補償請求金額	円
4 添付する書類その他の資料名	

5 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年月日
	預金科目	□普通預金 □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

備考
1 略
2 略
3 略

様式第17号 (第4条関係)

未支給の補償請求書

殿		請求年月日	年	月	日
下記の未支給の補償の支給を請求します。		請求者の住所氏名	印		
		学校医等との続柄又は関係			
1 死亡した学校医等	氏名	死亡年月日	年	月	日
2 未支給の補償の種類	年金たる補償のとき は年金証書の番号		年	月	日
3 未支給の補償請求額	添付する書類その他の資料名		第	号	円

5 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年月日
	預金科目	□普通預金 □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

(B) (補償基礎額) × 60 = 円	
(C) (A)、(B)のうち高い金額 □(A) □(B)	
3 葬祭補償請求金額	円
4 添付する書類その他の資料名	

5 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年月日
	預金科目	□普通預金 □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

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17号 (第4条関係)

未支給の補償請求書

殿		請求年月日	年	月	日
下記の未支給の補償の支給を請求します。		請求者の住所氏名	印		
		学校医等との続柄又は関係			
1 死亡した学校医等	氏名	死亡年月日	年	月	日
2 未支給の補償の種類	年金たる補償のとき は年金証書の番号		第	号	円
3 未支給の補償請求額	添付する書類その他の資料名				

5 送金希望の場合	振込先	銀行	支店	※受理	年月日
	預金科目	□普通預金 □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

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

備考

- 1 略
- 2 略
- 3 略

様式第18号 (第6条関係)

災害補償決定通知書

様	年 月 日	印
支 給 不 支 給	記	年 月 日
<p>年 月 日付をもって請求のあった について、審査の結果、 下記のとおり決定したので、通知します。</p>		
<p>1 受給権者 (年金証書の番号)</p> <p>2 支給金額 (1) 補償基礎額 (2) 傷病等級 (3) 障害等級 (4) 受給権者以外の遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族の氏名</p> <p>3 支払金額</p> <p>4 支払場所及び方法</p> <p>5 支払日(振込月日)</p>	<p>支 給 不 支 給</p>	<p>年 月 日</p>

現行

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18号 (第6条関係)

災害補償決定通知書

様	年 月 日	印
支 給 不 支 給	記	年 月 日
<p>年 月 日付をもって請求のあった について、審査の結果、 下記のとおり決定したので、通知します。</p>		
<p>1 受給権者 (年金証書の番号)</p> <p>2 支給金額 (1) 補償基礎額 (2) 傷病等級 (3) 障害等級 (4) 受給権者以外の遺族補償年金の額の算定の基礎となる遺族の氏名</p> <p>3 支払金額</p> <p>4 支払場所及び方法</p> <p>5 支払日(振込月日)</p>	<p>支 給 不 支 給</p>	<p>年 月 日</p>

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

改正案

現行

様式第19号 (第7条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給停止を申請します。		申請年月日	年	月	日
申請者の年金証書の番号 住所氏名 生年月日 所在不明者との続柄		申請年月日	年	月	日
1 所在不明者	年金証書の番号 氏名 最後の住所 所在不明となった年月日 所在不明の事由	第 号	年	月	日
2 申請者の同順位者	氏名 住所 年金証書の番号	所在不明者との続柄			
3 添付する書類その他の資料名					

※受理	年	月	日
※決定	年	月	日
※決定内容	年	月	日から停止

備考

- 1 略
- 2 略
- 3 略
- 4 略

様式第20号 (第7条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

殿 下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。		申請年月日	年	月	日
申請者の年金証書の番号		申請年月日	年	月	日

様式第19号 (第7条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給停止を申請します。		申請年月日	年	月	日
申請者の年金証書の番号 住所氏名 生年月日 所在不明者との続柄		申請年月日	年	月	日
1 所在不明者	年金証書の番号 氏名 最後の住所 所在不明となった年月日 所在不明の事由	第 号	年	月	日
2 申請者の同順位者	氏名 住所 年金証書の番号	所在不明者との続柄			
3 添付する書類その他の資料名					

※受理	年	月	日
※決定	年	月	日
※決定内容	年	月	日から停止

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20号 (第7条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

殿 下記のとおり遺族補償年金の支給停止の解除を申請します。		申請年月日	年	月	日
申請者の年金証書の番号		申請年月日	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

除を申請します。

住所 氏名 生年月日	住所 氏名 生年月日	印 日 月 年
支給停止となった年月	年 月	年 月 日

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※決定内容	年 月分から解除

備考
1 略
2 略

様式第21号 (第8条関係)

※印刷用紙の寸法

1. 申請書の提出
2. 申請書の受付
3. 申請書の審査
4. 申請書の決定
5. 申請書の執行

1. 申請書の提出
2. 申請書の受付
3. 申請書の審査
4. 申請書の決定
5. 申請書の執行

現行

除を申請します。

住所 氏名 生年月日	住所 氏名 生年月日	印 日 月 年
支給停止となった年月	年 月	年 月 日

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※決定内容	年 月分から解除

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
2 略
3 略

様式第21号 (第8条関係)

※印刷用紙の寸法

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。

1. 申請書の提出
2. 申請書の受付
3. 申請書の審査
4. 申請書の決定
5. 申請書の執行

1. 申請書の提出
2. 申請書の受付
3. 申請書の審査
4. 申請書の決定
5. 申請書の執行

改正案

現行

様式第22号 (第11条関係)

傷病の現状報告書

<p>殿</p> <p>下記のとおりに傷病の現状を報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 氏名 印</p>					
1	年金証書の番号	第 級			
2	傷病補償年金の支給開始年月	年 月			
3	傷病等級	第 級	号		
4	身体障害の状況				
5	日常生活の概要				
6	公的年金の受給関係	年金の種類 (障害等級 第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
			円	第 号	年 月
7	添付する書類その他の資料名	年金の種類 (障害等級 第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
			円	第 号	年 月
<p>※7 添付する書類その他の資料名</p> <p>※8 医師の証明</p> <p>(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)</p>					

様式第22号 (第11条関係)

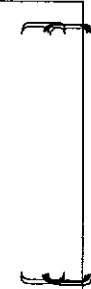
傷病の現状報告書

<p>殿</p> <p>下記のとおりに傷病の現状を報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 氏名 印</p>					
1	年金証書の番号	第 級			
2	傷病補償年金の支給開始年月	年 月			
3	傷病等級	第 級	号		
4	身体障害の状況				
5	日常生活の概要				
6	公的年金の受給関係	年金の種類 (障害等級 第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
			円	第 号	年 月
7	添付する書類その他の資料名	年金の種類 (障害等級 第 級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
			円	第 号	年 月
<p>※7 添付する書類その他の資料名</p> <p>※8 医師の証明</p> <p>(1) 傷病の種類(傷病名・傷病の部位等)</p>					

改正案

現行

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要



(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 身体障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- ①行動能力 終日臥床
理由 自宅、病棟内でのみ行動できる。
- ②食 事 全く自用を弁じない
理由 他人の介助によつてできる。
- ③用 便 全く自用を弁じない
理由 他人の介助によつてできる。
- ④精神能力 常に他人の厳重な注意を要する。
理由 随時他人の注意を要する。
- ⑤言語能力 完全な失語又は構音機能の喪失
理由 他人との間でようやく意思を通じ
合ふことができる。
 支障がない。

(3) 身体障害の現状

介護補償を受けている者にあつては、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

- ①行動能力 終日臥床
理由 自宅、病棟内でのみ行動できる。
 通院(単独歩行)できる。
- ②食 事 全く自用を弁じない
理由 他人の介助によつてできる。
 支障がない。
- ③用 便 全く自用を弁じない
理由 他人の介助によつてできる。
 支障がない。
- ④精神能力 常に他人の厳重な注意を要する。
理由 随時他人の注意を要する。
- ⑤言語能力 完全な失語又は構音機能の喪失
理由 他人との間でようやく意思を通じ
合ふことができる。
 支障がない。

(4) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名) 年 月 日

については上記のとおりであると認めます。

病院又は
診療所の
所在地
名称
医師氏名

印

(4) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名) 年 月 日

については上記のとおりであると認めます。

病院又は
診療所の
所在地
名称
医師氏名

印

備考

1 略
2 略

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A3 とする。

2 略
3 略

改正案

現行

様式第23号 (第11条関係)

障害の現状報告書

<p>敬</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 氏名 印</p>					
1 年金証書の番号	第 号				
2 治愈年月日	年 月 日				
3 障害等級第 号	第 号				
4 身体障害の状況					
5 日常生活の概要					
6 公的年金の受給関係	年金の種類 (障害等級第 号)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
7 添付する書類その他の資料名					
※8 医師の証明		<p>器質的障害のみの場合、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けているものについては(ロ)の欄について記入してください。</p>			
(イ) 障害の種類					

様式第23号 (第11条関係)

障害の現状報告書

<p>敬</p> <p>下記のとおり障害の現状を報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 氏名 印</p>					
1 年金証書の番号	第 号				
2 治愈年月日	年 月 日				
3 障害等級第 号	第 号				
4 身体障害の状況					
5 日常生活の概要					
6 公的年金の受給関係	年金の種類 (障害等級第 号)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所轄年金事務所
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
7 添付する書類その他の資料名					
※8 医師の証明		<p>器質的障害のみの場合、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けているものについては(ロ)の欄について記入してください。</p>			
(イ) 障害の種類					

改正案

(ロ) 身体障害の現状

介護補償を受けている者については、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

①行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる。 <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる。	理由
②食	事 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由
③用	便 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由
④精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する。 <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する。 <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない。	理由
⑤言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語又は構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を届け合うことができる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由

(ハ) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名) 年 月 日

病院又は
診療所の
所在地
名称
医師氏名
印

備考
1 略
2 略

現行

(ロ) 身体障害の現状

介護補償を受けている者については、以下の項目についても記入してください。

(日常生活の状態)

①行動能力	<input type="checkbox"/> 終日臥床 <input type="checkbox"/> 自宅、病棟内でのみ行動できる。 <input type="checkbox"/> 通院(単独歩行)できる。	理由
②食	事 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由
③用	便 <input type="checkbox"/> 全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> 他人の介助によってできる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由
④精神能力	<input type="checkbox"/> 常に他人の嚴重な注意を要する。 <input type="checkbox"/> 随時他人の注意を要する。 <input type="checkbox"/> 通院可能であるが就労できない。	理由
⑤言語能力	<input type="checkbox"/> 完全な失語又は構音機能の喪失 <input type="checkbox"/> 他人との間でようやく意思を届け合うことができる。 <input type="checkbox"/> 支障がない。	理由

(ハ) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名) 年 月 日

病院又は
診療所の
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

改正案

現行

様式第24号 (第11条関係)

遺族の現状報告書

殿

年 月 日

報告者(代表者)の
年金証書の番号 第 号

住 氏 所 名 印

下記のとおり遺族の現状を報告します。

1 死亡学校医等の氏名		(死亡年月日 年 月 日)	
氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医等との続柄
受給権者及びその生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族			著しい障害の状態の有無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無
年金の種類(障害等級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
3 公的年金の給関係	円 円	第 号 第 号	年 月 年 月
4 添付する書類その他の資料名	所 轄 年 金 所 等		

備考 1 略
2 略
3 略

様式第24号 (第11条関係)

遺族の現状報告書

殿

年 月 日

報告者(代表者)の
年金証書の番号 第 号

住 氏 所 名 印

下記のとおり遺族の現状を報告します。

1 死亡学校医等の氏名		(死亡年月日 年 月 日)	
氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医等との続柄
受給権者及びその生計を同じくしている遺族補償年金を受けることができる遺族			著しい障害の状態の有無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無 有・無
年金の種類(障害等級)	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月
3 公的年金の給関係	円 円	第 号 第 号	年 月 年 月
4 添付する書類その他の資料名	所 轄 年 金 所 等		

備考 1 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とする。
2 略
3 略

改正案

現行

様式第26号 (その1) (第15条関係)

受給者の氏名		受給者の住所			
		学年番号	種別	種別	種別
支	支	支	支	支	支
支	支	支	支	支	支
支給開始年月 (補償開始年月)					
支給終了年月					
支給期間					
支給額 (円)					
支給回数					
支給理由					
支給者					

様式第26号 (その1) (第15条関係)

受給者の氏名		受給者の住所			
		学年番号	種別	種別	種別
支	支	支	支	支	支
支	支	支	支	支	支
支給開始年月 (補償開始年月)					
支給終了年月					
支給期間					
支給額 (円)					
支給回数					
支給理由					
支給者					

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27号 (その1) (第15条関係)

賠償請求者全記録簿

賠償請求者の氏名	賠償請求者の住所	賠償請求者の住所	
姓	名	住所	支店
年 月 日 (生)	年 月 日 (生)	年 月 日 (生)	年 月 日 (生)
支店開始年月	支店終了年月	支店開始年月	支店終了年月
命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求
請求額	支払額	請求額	支払額
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
円	円	円	円
円	円	円	円

様式第27号 (その1) (第15条関係)

賠償請求者全記録簿

賠償請求者の氏名	賠償請求者の住所	賠償請求者の住所	
姓	名	住所	支店
年 月 日 (生)	年 月 日 (生)	年 月 日 (生)	年 月 日 (生)
支店開始年月	支店終了年月	支店開始年月	支店終了年月
命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求	命令附第3条による賠償請求
請求額	支払額	請求額	支払額
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
円	円	円	円
円	円	円	円

備考 用紙の太さは、日本工業規格 AA とする。

現行

様式第28号 (その1) (第15条関係)

業務補償年金記録簿											
氏名		住所		氏名		住所		氏名		住所	
姓	名	年	月	日	姓	名	年	月	日	姓	名
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		

業務補償年金記録簿											
氏名		住所		氏名		住所		氏名		住所	
姓	名	年	月	日	姓	名	年	月	日	姓	名
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		

改正案

様式第28号 (その1) (第15条関係)

業務補償年金記録簿											
氏名		住所		氏名		住所		氏名		住所	
姓	名	年	月	日	姓	名	年	月	日	姓	名
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		

業務補償年金記録簿											
氏名		住所		氏名		住所		氏名		住所	
姓	名	年	月	日	姓	名	年	月	日	姓	名
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		
氏名			住所			氏名			住所		

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

