

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

久喜市立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する条例施行規則（平成22年久喜市教育委員会規則第14号）の一部を次のように改正する。

様式第1号を次のように改める。

公務災害発生報告書

久 第 号
年 月 日

久喜市教育委員会
教育長 様

久喜市 学校（幼稚園）長

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たので報告します。

記

- 1 所属学校 _____
- 2 被災者の職名、氏名及び住所 _____

- 3 災害発生の日時 _____ 年 月 日 _____ 時 _____ 分頃
- 4 災害発生の場所 _____
- 5 傷病名 _____
- 6 傷病の部位及びその程度 _____

- 7 災害発生の状況等 _____

- 8 公務により生じた災害と認める理由 _____

- (注) 1 「災害発生の状況等」については、適宜別紙を用いること。
2 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
(1) 医師の所見、定期健康診断の記録、既往症等公務により生じたものであるかどうかを認定するために参考となる事項を記載した書類
(2) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所を記載した書類
(3) その他必要と認められる書類

様式第3号から様式第14号までを次のように改める。

療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回
久喜市長		請求年月日	年 月 日
様		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電 話 番 号	
下記の療養補償を請求します。			
※1	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日
所属長の明	負傷又は発病年月日 年 月 日		
上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
学校（幼稚園）長 印			
2	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。		
補償費用の	委任者の氏名		
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。 受任者の住所 氏名 電話番号		
3	診 療 費	内訳は「9 診療費請求明細」欄記載のとおり	
4	看 護 料	円	
		<input type="checkbox"/> 看護師 年 月 日から <input type="checkbox"/> 附添婦 年 月 日まで 日間	
5	移 送 費	円	
		交通費 _____ <input type="checkbox"/> 片道 から _____ まで _____ km <input type="checkbox"/> 往復 回	
		その他の移送費	
6	上記以外の療養費	円	
		内訳別紙請求書又は領収書 _____ 枚のとおり	
7	療養補償請求金額	円	
		3～6の合計額	
8	口座振替	振込先金融機関名	支店名
		預金種類 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	※受 理
		口座番号	※決 定
	名 義	※支 払	
その他	※決 定 金額		
		円	

- (注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 看護料」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。
- 3 「6 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事を含まない場合の食事料及び療養に必要な治療材料等の名称、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。
- 4 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。

※ 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 イ 年 月 日 ウ 年 月 日	診療期間 年月日から 年月日まで	診療 実日数 日	転 帰	治 癒 死 亡 中 止	
	(3) 診察料	初診 再診 指導 往診	時間外・休日・深夜 再診 内科再診 時間外 休日・深夜 普通 夜間 深夜・暴風雨雪・難路	回 回 回 回 回 回 回	点				
	(4) 投薬料	内服 頓服 外用	薬剤 調・処 薬剤 調・処 薬剤 調・処	単位 回 単位 回 単位 回					
	(5) 注射料	皮下 静脈 その他	肉内 内 他	回 回 回					
	(6) 処置料	薬 剤		回 回					
	(7) 手術 麻酔料	薬 剤		回 回					
	(8) 検査料	薬 剤		回 回					
	(9) レント ゲン料			回 回					
	(10) その他								
	(11) 入 院	入院年月日	年月日						
	病院	基食	看特2 看特1	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料) 点 食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間					
	診療所	普食	看1 看2	入院時医学管理料 1月未満× 日間 1月～3月未満× 日間 3月以上× 日間					
		基寝	看3						
		その他							
	(12)	診療報酬点数表により計算できる合計額		1点単価				円	
	(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	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 診療機関の所在地 名 称 医 師 氏 名								

休業補償請求書

		請求回数	第 回
久喜市長 様		請求年月日	年 月 日
下記の休業補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電 話 番 号	
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日
	補償基礎額	円	負傷又は発病年月日 年 月 日から 年 月 日まで
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
2 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。	被保険者証書等の記号番号 所轄年金事務所等
3 休業金額の計算 請求	療養のため休業した期間のうち給与その他の業務上の収入を得ることができなかった期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日
	通常の場合		(補償基礎額) (請求日数) × 60 / 100 × = 円
	政令第6条又は附則第3条の規定により支給額が制限又は調整される場合		円
4 休業補償請求金額		円	
※ 5 医師の証明	傷病名		傷病の部位
	現在の状態	年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中	
	療養のため勤務その他の業務に従事することができなかったと認められる期間	年 月 日から 年 月 日まで	勤務その他の業務に従事することができなかったと認められる理由
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
		診療機関の所在地 名称 医師 氏名	
6 送金希望の場合	振込先金融機関名	支店名	※受理 年 月 日
	預金種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	
	口座番号	※決定 年 月 日	
	名 義	※支払 年 月 日	
	その他	※決定額 円	

(注) 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

傷病補償年金請求書

		※ 年金証書番号	
		第 号	
久喜市長		請求年月日	年 月 日
様 下記の傷病補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電 話 番 号	
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日
	補償基礎額	負傷又は発病年月日 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日		
		学校（幼稚園）長 印	
2 傷病等級	第 級	3 傷病等級 該当年月日	年 月 日
4 傷病の名称、部位及びその状態			
5 既存障害の部位及びその程度			
6 日常生活の状態			
7 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。		被保険者証書等の記号番号
			所轄年金事務所等
8 傷病補償 年金請求 額の計算	通常の場合	(補償基礎額) (倍数) × = 円	
	政令第6条又は附則第3条の規定 により支給額が制限又は調整される場合	円	
9 傷病補償年金請求年額		円	
10 添付する書類その他の資料名			
11 送金希望 の場合	口座振替	振込先金 融機関名	支店名
		預金種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
		口座番号	
	名 義		
	その他		
		※受 理	年 月 日
		※決 定	年 月 日
		※支 払	年 月 日
		※決 定 金 額	円

(注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 この請求書には、傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

傷病補償年金変更請求書

久喜市長		請求年月日	年	月	日
様 下記のとおり傷病補償の変更を請求します。		請求者の住所 ふりがな			
		氏名 電話番号			
※ 1 所属長の証明	年金証書の番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日		
	補償基礎額	円			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校（幼稚園）長 印				
2 現在受けている傷病補償年金の傷病等級		第 級			
3 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			
4 障害の程度に変更があった年月日		年 月 日			
5 傷病の名称、部位及びその状態					
6 変更後の傷病等級		第 級			
7 傷病補償年金請求年額の計算	通常の場合	（補償基礎額）（倍数） × = 円			
	政令第6条又は附則第3条の規定により支給額が制限又は調整される場合	円			
8 傷病補償年金請求年額		円			
9 添付する書類その他の資料名					
※受理	年 月 日	※決定	年 月 日	※決定年額	円

(注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

障害補償年金・一時金請求書

		※ 年金証書番号	
		第	号
久喜市長 様		請求年月日	年 月 日
下記の障害補償を請求します。		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電 話 番 号	
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日
	補償基礎額	負傷又は発病年月日 年 月 日	
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校（幼稚園）長 印		
2 障害等級	第 級	3 治癒年月日	年 月 日
4 障害の部位及びその程度			
5 既存障害とその程度			
6 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。		被保険者証書等の記号番号
			所轄年金事務所等
7 障害請求金額の計算・一時金	通常の場合	(補償基礎額) (倍数) × = 円	
	政令第6条又は附則第3条の規定により支給額が制限又は調整される場合	円	
8 障害補償年金・一時金請求年額		円	
9 添付する書類その他の資料名			
10 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	支店名
		預金種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
		口座番号	
	名義		※受理
その他		※決定	年 月 日
		※支払	年 月 日
		※決定額	円

(注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

2 この請求書には、治癒の時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

障 害 補 償 変 更 請 求 書

久喜市長 様 下記の障害補償の変更を請求します。		請求年月日	年 月 日	
		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電 話 番 号		
※ 1	年金証書の番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日	負傷又は発病年月日 年 月 日
	補償基礎額	円		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校（幼稚園）長 印			
2	現在受けている障害補償年金の障害等級		第 級	
3	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	
4	障害の程度に変更があった年月日		年 月 日	
5	障害の部位及びその程度			
6	変更後の障害等級		第 級	
7 障害 請求 補償 金額 年金 の 計算 ・ 一時 金	通 常 の 場 合		(補償基礎額) (倍数) × = 円	
	政令第6条又は附則第3条の規定により支給額が制限又は調整される場合		円	
8	障害補償年金・一時金請求金額		円	
9	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		※決定金額	円

- (注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
2 この請求書には、障害の程度に変更があった時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

遺族補償年金請求書

※ 年金証書番号
第 号

久喜市長 様 下記の遺族補償年金を請求します。		請求年月日 年 月 日	請求者（代表者）の 住 所 氏 名 電話番号 死亡学校医等との続柄			
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日	負傷又は発病年月日 年 月 日 死亡年月日 年 月 日		
	補償基礎額	円				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校（幼稚園）長 印					
2 請求の事由		<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				
3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族		氏 名	生年月日	住 所	死亡学校医等との続柄	備 考
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		通常の場合		$\text{(補償基礎額)} \times \text{(倍数)} \times \frac{1}{\text{(請求者の数)}} = \text{円}$		
		政令附則第3条の規定により支給額が調整される場合		円		
6 遺族補償年金請求年額		請求者が1人の場合又は代表者を選任しない場合		円		
		代表者を選任した場合		$\text{(6の請求年額)} \times \text{(請求者の数)} = \text{円}$		
7 厚生年金保険法等の適用		<input type="checkbox"/> _____の被保険者であった。 <input type="checkbox"/> 被保険者でなかった。		被保険者証書等の記号番号	所轄年金事務所等	
8 添付する書類その他の資料名		円				
9 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名			※ 受 理	年 月 日
		預金種類	<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	
	預金名義者			※ 決 定 金 額	円	
その他						

- (注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「3 請求者及び遺族補償年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは㊦、その者が代表者であるときは㊧、その者が障害等級第7級以上の障害の状態にあるときは㊨、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは㊩と明記すること。
- 3 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 死亡診断書、死体検案書、検視調書その他学校医等の死亡の事実及びその死亡が公務により生じたものであることを証明する書類又はその写し
 - (2) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族の氏名及び死亡学校医等との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
 - (3) 請求者及び請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が学校医等の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (4) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、学校医等の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (5) 請求者が妻1人で、障害等級第7級以上の障害の状態にあるとき（請求者が満55歳以上の者であるときを除く。）は、その者が学校医等の死亡の時以後当該障害の状態にあったこと及び当該障害の状態が生じ、又はその事情がなくなった時を証明する医師の診断書その他の書類
 - (6) 請求者（前号を除く。）又は請求書以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が障害等級第7級以上の障害の状態にある者であるときは、その者が学校医等の死亡の当時から引き続きその障害の状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類
 - (7) 請求者以外の遺族補償年金を受けることができる遺族が請求者と生計を同じくしているときは、その事実を認めることのできる書類
 - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所（第三者の氏名及び住所が分からないときは、その旨）を記載した書類
 - (9) 請求者が2人以上ある場合で代表者を選任したときは、代表者以外の請求者の同意書等その者が代表者であることを認めることができる書類（代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類）

遺族補償年金前払一時金請求書

久喜市長 様 下記の遺族補償年金前払一時金を請求 します。		請求年月日		年 月 日		
		請求者（代表者）の 住 所 ふりがな 氏 名 電話番号 死亡学校医等との続柄				
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日	負傷又は発病年月日 年 月 日 死亡年月日 年 月 日		
	補償基礎額	円				
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校（幼稚園）長 印					
2 請求者（代表者）が選択する遺族補償年金前払一時金の額			補償基礎額の 1,000倍 800倍 600倍 に相当する額 400倍 200倍			
3 遺族補償年金前払一時金の請求金額			(補償基礎額) (倍) × = 円			
4 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額			年 月分から 年 月分まで 円			
5 規則第4条による通知を受けた年月日			年 月 日			
6 代表者の選任	(代表者の氏名) を代表者とし、遺族補償年金前払一時金の請求及び受領を委任します。					
	住 所		氏 名		死亡学校医等との続柄	
7 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	支店名	※ 受 理	年 月 日	
		預金種類	<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
		名 義			※ 決 定 金 額	円
	その他					

(注) 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

- (注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書の提出前に遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(8)に掲げる書類は添付する必要はないこと。
- (1) 死亡診断書、死体検案書、検視調書その他学校医等の死亡の事実及びその死亡が公務により生じたものであることを証明する書類又はその写し
 - (2) 請求者の氏名及び死亡学校医等との続柄又は関係に関する市区町村長の発行する証明書(戸籍の謄本又は抄本でもよい。)
 - (3) 請求者が、婚姻の届出をしていないが、学校医等の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (4) 学校医等の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者が先順位者のないことを証明する書類
 - (5) 請求者が、死亡学校医等の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹であるときは、学校医等の死亡の当時その収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (6) 請求者が、配偶者、死亡学校医等の収入によって生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として死亡学校医等の収入によって生計を維持していた者であるときは、学校医等の死亡の当時主としてその収入によって生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (7) 請求者が、死亡学校医等の遺言又はその任命権者に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
 - (8) 災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実、第三者の氏名及び住所(第三者の氏名及び住所が分からないときは、その旨)を記載した書類

様式第13号（第5条関係）

葬 祭 補 償 請 求 書

久喜市長 様 下記の葬祭補償を請求します。		請求年月日	年 月 日	
		請求者の住所 ふりがな 氏 名 電話番号 死亡学校医等との続柄又は関係		
※ 1 所属長の証明	認定番号 第 号	所属学校名	職・氏名 生年月日	負傷又は発病年月日 年 月 日 死亡年月日 年 月 日
	補償基礎額	円		
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日			
	学校（幼稚園）長 印			
2 葬祭補償請求金額の計算		(補償基礎額)		
		(A)	円 + <input type="text"/> × 30 =	円
		(補償基礎額)		
(B)	円 + <input type="text"/> × 60 =	円		
3 葬祭補償請求金額		(C) (A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)		
		円		
4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	支店名	※受理 年 月 日
		預金種類	<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
	名 義			
	その他		※決定金額	円

(注) 請求者は、※印の欄には記入しないこと。

様式第14号（第5条関係）

未支給の補償請求書

				認定番号			
				番 号			
久喜市長		請求年月日	年 月 日				
様		請求者の住 所					
		氏 名					
下記の未支給の補償の支給を請求します。		電話番号					
		死亡した受給権者との続柄					
1 死亡した受給権者	氏 名						
	死亡年月日	年 月 日					
2 未支給の補償	種 類	年金たる補償のときは 年金証書の番号 第 号					
	請求金額	円					
3 添付する書類その他の資料名							
4 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名		支店名		※受理 年 月 日	
		預金種類	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		※決定	年 月 日	
		口座番号					
	名 義						※支払 年 月 日
	その他						※決定金額 円

- (注) 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償と併せて遺族補償又は葬祭補償を請求する場合には、当該遺族補償又は葬祭補償を請求するために提出すべき書類と同じ書類については、添付する必要はないこと。
- (1) 死亡診断書、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
- (2) 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
- ア 請求者の氏名及び死亡受給権者との続柄に関する市区町村長の発行する証明書（戸籍の謄本又は抄本でもよい。）
- イ 請求者が受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていた事実を認めることのできる書類
- ウ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることのできる書類
- (3) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
- (4) 死亡受給権者が、この請求に係る未支給の補償分についてまだ請求をしていなかったときは、その請求を行うこととした場合に必要な書類

様式第 2 2 号及び様式第 2 3 号を次のように改める。

様式第22号（第9条関係）

遺族補償年金支給停止申請書

久喜市教育委員会 教育長 様 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	第	号	
		住 所	-----		
		氏 名	-----		
		生 年 月 日	-----		
		所在不明者 との続柄	-----		
1 所在不明者	年金証書の番号	第	号		
	氏 名	-----			
	最 後 の 住 所	-----			
	所在不明となった年月日	年	月	日	
	所在不明の事由	-----			
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	※決定内容	年 月分から停止
※決定			

- (注) 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「1所在不明者」の年金証書の番号欄は、その番号が不明のときは記入を要しない。
- 3 「申請者の同順位者」の欄には、所在不明者と同順位者であるときは、その同順位者について、その同順位者がいないときはその次順位者である同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入を要しない。
- 4 この申請書には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証明する書類を添付すること。

様式第23号（第9条関係）

遺族補償年金支給停止解除申請書

久喜市教育委員会 教育長 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	第 _____ 号
	住 所	_____
	氏 名	_____
	生 年 月 日	_____
支給停止となった年月	年 月	

※受理	年 月 日	※決定内容	年 月分から解除
※決定	年 月 日		

- (注) 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
 2 この申請書を提出するときには、併せて年金証書を提出すること。

様式第25号から様式第27号までを次のように改める。

様式第25号（第13条関係）

傷病の現状報告書

認定 番号	
----------	--

久喜市教育委員会
教育長 様

下記のとおり傷病の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住 所
ふりがな
氏 名

1 年金証書の番号	第 号
-----------	-----

2 傷病補償年金の 支給開始年月	年 月
---------------------	-----

3 傷病等級	第 級
--------	-----

4 傷病の状況

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	所轄年金 事務所等
		円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	

※ 支給 支給停止（免責）

※ 7 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

(報告者の氏名)

については、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地
診療機関の 名称
医師 氏名

(注) 報告書は、※印の欄には記入しないこと。

障 害 の 現 状 報 告 書

認定
番号

久喜市教育委員会
教育長 様

下記のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者の住 所

ふりがな
氏 名

1	年金証書の番号	第	号			
2	治癒年月日	年	月 日			
3	障害等級	第	級			
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	所轄年金 事務所等
			円	第 号	年 月	
			円	第 号	年 月	

※ 支給 支給停止（免責）

※ 7 医師の証明（器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。）

(1) 身体障害の種類

(2) 身体障害の現状

(3) 身体障害の今後の見込み

(報告者の氏名)

については、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地
診療機関の 名称
医師 氏名

(注) 報告者は、※印の欄には記入しないこと。

様式第27号（第13条関係）

遺族の現状報告書					認定 番号	
<p>久喜市教育委員会 教育長 様</p> <p>下記のとおり遺族の現状を報告します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">報告者（代表者） の年金証書の番号 第 号 報告者の住 所 ふりがな 氏 名</p>						
1 死亡学校医等の 氏 名						
2 受給権者及び その者と生計 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	氏 名	生年月日	住 所		死亡学校医 等との続柄	障害の 有無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
3 公的年金 の受給関係	年金の種類	年金の年額	年金証書の 記号番号	支 給 開 始 年 月	所轄年金 事務所等	
		円	第 号	年 月		
		円	第 号	年 月		
<p>※ <input type="checkbox"/>支給 <input type="checkbox"/>支給停止 <input type="checkbox"/>免責 <input type="checkbox"/>政令附則第2条の前払一時金 <input type="checkbox"/>所在不明</p>						

- (注) 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この報告書には、次に掲げる書類を添付すること。
- (1) 受給権者及びその者と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の戸籍の謄本若しくは抄本又はこれに代わる市区町村長の発行する証明書
 - (2) 受給権者と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については、その事実を証明することができる書類
 - (3) 受給権者及びその者と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のうち、障害の状態にある者については、その障害の状態に関する医師の診断書

附 則

この規則は、令和7年7月1日から施行する。