

第53号議案

臨時代理の承認について

(群馬県立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する
条例施行規則について)

このことについて、緊急やむを得ない理由により別紙のとおり臨時代理しましたので、
教育長に対する権限委任等に関する規則第5条第2項の規定により、その承認を求めます。

令和7年3月17日

群馬県教育委員会
教育長 平田 郁美

群馬県立学校の学校医、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制定について

健康体育課

1. 趣旨

「群馬県立学校の学校医、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」第六条に基づき、その補償に関する施行規則を制定する。

2. 主な内容

上記、条例の施行に関し、必要な事項（災害発生への報告、認定及び通知、補償の請求方法等）について制定するもの。

3. 施行期日

令和7年3月14日

群馬県立学校の学校医、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をここに公布する。

令和七年三月十四日

群馬県教育委員会教育長 平 田 郁 美

群馬県教育委員会規則第一号

群馬県立学校の学校医、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

(趣旨)

第一条 この規則は、群馬県立学校の学校医、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（平成三年群馬県条例第三十一号。以下「条例」という。）第六条の規定に基づき、条例の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第二条 この規則で「災害」、「補償」又は「補償基礎額」とは、それぞれ公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律（昭和三十二年法律第四百十三号。以下「法」という。）第二条、法第三条又は公立学校の学校医、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（昭和三十二年政令第二百八十三号。以下「政令」という。）第一条に規定する災害、補償又は補償基礎額をいう。

(災害発生の報告)

第三条 群馬県立学校の校長は、その学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師（以下「学校医等」という。）について公務により生じたと認められる災害が発生したときは、公務災害発生報告書（別記様式第一号）により、速やかにその旨を群馬県教育委員会（以下「教育委員会」という。）に報告しなければならない。

(認定及び通知)

第四条 教育委員会は、前条の規定による報告を受けたときは、その災害が公務上のものであるかどうかの認定を行い、公務上のものであると認定したときは、公務災害認定通知書（別記様式第二号）により、補償を受けるべき者に対し、速やかに通知しなければならない。

(補償の請求方法)

第五条 補償を受けようとする者は、受けようとする補償の種類に応じ、補償の請求書（別記様式第三号から別記様式第十五号まで）を学校医等の所属する学校の校長を経由して教育委員会に提出しなければならない。ただし、教育委員会が指定した医療機関又は薬局（以下「指定医療機関等」という。）において療養を受ける場合の療養補償については、指定医療機関等を経由して提出しなければならない。

(遺族補償年金等の請求の代表者)

第六条 遺族補償年金又は遺族補償一時金（以下この条において「遺族補償年金等」という。）を受ける権利を有する者が二人以上あるときは、これらの者は、そのうちの一人を遺族補償年金等の請求及び受領についての代表者に選任しなければならない。ただし、世帯を異にする等やむを得ない事情のため、代表者を選任す

ることができないときは、この限りでない。

2 遺族補償年金等を受ける権利を有する者は、前項の規定により、代表者を選任し、又は代表者を解任したときは、速やかに書面でその旨を教育委員会に届け出なければならぬ。この場合においては、その代表者を選任し、又は解任したことを証明することができる書類を併せて提出しなければならない。

(補償の支給方法)

第七条 教育委員会は、第五条に規定する補償の請求書を受理したときは、これを審査し、補償に関する決定を行い、速やかに請求者に対し、災害補償支給通知書(別記様式第十六号又は別記様式第十七号)によりその決定に関する通知をするとともに、補償を行わなければならない。

(年金証書)

第八条 教育委員会は、傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金(以下「年金たる補償」という。)の支給に関する通知をするときは、当該年金たる補償を受けるべき者に対し、併せて年金証書(別記様式第十八号)を交付しなければならない。

2 教育委員会は、既に交付した年金証書の記載事項を変更する必要がある場合は、当該年金証書と引換えに新たな年金証書を交付しなければならない。

3 教育委員会は、必要があると認めるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

第九条 年金証書の交付を受けた者は、その証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、年金証書再交付請求書(別記様式第十九号)に亡失の理由を明らかにすることができ、書類又はその損傷した年金証書を添えて、教育委員会に対し年金証書の再交付を請求することができる。

2 年金証書の再交付を受けた者は、その後において亡失した年金証書を発見したときは、速やかにこれを教育委員会に返納しなければならない。

第十条 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該年金証書に係る年金たる補償を受ける権利が消滅した場合には、遅滞なく、当該年金証書を教育委員会に返納しなければならない。

(所在不明による支給停止の申請等)

第十一条 政令第十一条第一項の規定により遺族補償年金の支給の停止を申請する者は遺族補償年金支給停止申請書(別記様式第二十号)を、同条第二項の規定により遺族補償年金の支給の停止の解除を申請する者は遺族補償年金支給停止解除申請書(別記様式第二十一号)及び年金証書を、教育委員会に提出しなければならない。

2 教育委員会は、前項の規定による申請に基づき遺族補償年金の支給を停止し、又は支給の停止を解除したときは、当該申請を行った者に対し、速やかに遺族補償年金支給停止通知書(別記様式第二十二号)又は遺族補償年金支給停止解除通知書(別記様式第二十三号)により、その旨を通知しなければならない。

(定期報告)

第十二条 年金たる補償を受ける者は、毎年一回二月一日から同月末日までの間に障

害（傷病）の現状報告書（別記様式第二十四号）又は遺族の現状報告書（別記様式第二十五号）を教育委員会に提出しなければならない。ただし、教育委員会があらかじめその必要がないと認めて通知した場合は、この限りでない。

（届出）

第十三条 年金たる補償を受ける者は、次に掲げる場合には、遅滞なくその旨を教育委員会に届け出なければならない。

一 氏名又は住所を変更した場合

二 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

イ その負傷又は疾病が治った場合

ロ その障害の程度に変更があつた場合

三 障害補償年金を受ける者にあつては、その障害の程度に変更があつた場合

四 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

イ 政令第十条第一項（同項第一号を除く。）の規定により、その者の遺族補償年金を受ける権利が消滅した場合

ロ 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数に増減を生じた場合

ハ 遺族補償年金を受ける権利を有する妻にその者と生計を同じくしている他の遺族で遺族補償年金を受けることができるものがない場合において、その妻が五十五歳に達したとき（政令第八条第一項第四号に規定する障害の状態にあるときを除く。）又は同号に規定する障害の状態になり、若しくはその事情がなくなつたとき（五十五歳以上であるときを除く。）

2 補償を受ける権利を有する者が死亡した場合には、その者の遺族は、遅滞なくその旨を教育委員会に届け出なければならない。

3 前二項の届出をする場合には、その事実を証明することができる書類その他必要な資料を教育委員会に提出しなければならない。

（第三者の行為による災害の届出）

第十四条 補償の原因である災害が第三者の行為によつて生じたときは、補償を受けるべき者は、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らないときは、その旨）並びに被害の状況を、遅滞なく、教育委員会に届け出なければならない。

（校長の助力及び証明）

第十五条 補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、自ら補償の請求その他の手続を行うことが困難である場合には、学校医等の所属する学校の校長はその手続を行うことができるように助力しなければならない。

2 学校医等の所属する学校の校長は、補償を受けるべき者から補償を受けるために必要な証明を求められた場合には、速やかに証明をしなければならない。

（公務災害補償記録簿等）

第十六条 教育委員会は、公務災害補償記録簿（別記様式第二十六号）、傷病補償年金記録簿（別記様式第二十七号）、障害補償年金記録簿（別記様式第二十八号）及び遺族補償年金記録簿（別記様式第二十九号）を備え、必要な事項を記入しな

ければならない。

(補則)

第十七条 この規則に定めるもののほか、学校医等の公務災害補償の実施について必要な事項は、教育長が定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

公務災害発生報告書

群馬県教育委員会教育長 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 報告者の職 _____ 氏 名 _____			
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 時	年 月 日 時 分ごろ	災害発 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 時ごろ)	休 業 日 数 見 込	約 日
医療機関別	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 <input type="checkbox"/> 一般医療機関	健 康 状 態	平 常 当 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 るべき者	氏 名	続柄又は 関 係	
	住 所		

別記様式第2号（規格A4）（第4条関係）

番 号
年 月 日

殿

群馬県教育委員会教育長 

公 務 災 害 認 定 通 知 書

あなたは、下記の公務災害に対して補償を受けることができますので、群馬県立学校の学校医、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（平成3年群馬県条例第31号）第4条の規定により通知します。

記

- 1 被災者職・氏名
- 2 認 定 番 号
- 3 災害発生年月日
- 4 傷 病 名

療養補償請求書

療養補償請求書		認定番号	
		請求回数	第 回（ 月分）
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日	年 月 日
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所	
		氏 名	
1 受委任	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	左記の委任に基づき、この請求書による療養補償 の費用の支払を請求します。 医療機関 (印) 氏名(代表者)	
2 被災員	(氏名)	(職名)	
	(所属学校)	(負傷又は発病年月日)	
3 診療費	内訳は「※10 診療費請求明細」欄記載のとおり		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"/> 看護師 年 月 日から 日間		円
	<input type="checkbox"/> その他 年 月 日まで		
6 移送料	<input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 片道 から まで km 回		円
	<input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> その他の移送費		
7 上記以外の療養費			円
8 合計			円

9 送金先	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
	振込 口座	口座番号		※ 決定金額 円
		名義		※ 支払 年 月 日

※10 診療費請求明細				(氏名)				
傷病名	ア イ ウ			診療開始日	ア 年 月 日	診療期間	年 月 日から	
					イ 年 月 日		年 月 日まで	
				ウ 年 月 日	診療実日数		日	
診察料	初診	時間外・休日・深夜		回	傷病の経過			
	再診	再診		回				
		内科再診		回				
		時間外 休日・深夜		回				
指導			回					
往診	普通			回	年 月 日			
	夜間			回				
	深夜・暴風雨雪・難路			回				
投薬料	内服	{	薬 剤	単位	摘 要			
			調・処	回				
	屯服	{	薬 剤	単位				
			調・処	回				
外用	{	薬 剤	単位					
		調・処	回					
注射料	皮下筋肉内		回					
	静脈内		回					
	その他		回					
処置料	(処置名・回数等)		回					
			回					
	薬剤		回					
手術・ 麻酔料	(手術名・回数等)		回					
	薬剤		回					
検査料	(検査名・回数等)		回					
	薬剤		回					
レント ゲン料	(使用フィルム・回数等)		回					
			回					
その他	(治療名・回数等)							

入院	入院年月日		年 月 日	
	病院	基食	看特1	入院時基本診療料 (室料・看護料・給食料) 点
			看特2	食有 × 日間
		看特2	食無 × 日間	
	診療所	普食	看1	特食 × 日間
			看1	入院時医学管理料
		基寝衣	看2	2週間以内 × 日間
			看2	2週間超～1月以内 × 日間
			看3	1月超～3月以内 × 日間
	看3	3月超 × 日間		
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 ×	円
診療報酬点数表により計算できないもの			診断書料・入院室料差額等	円
診療費請求合計額				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>年 月 日</p> <p>診療機関の { 所在地 名称 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>				

※11 調剤費請求明細		(氏名)					
処方せんを交付した診療機関の		{ 所在地 名称 医師の氏名					
調剤期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間				調剤 実日数 日	
調剤費の内訳							金額(円)
処方月日	調剤月日	剤型	処方	調剤数量	薬剤価格	調剤手数料	
月 日	月 日				円	円	
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
・	・						
調剤費の合計							円
処方せんの枚数							枚
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、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。)							
年 月 日							
薬局の { 所在地 名称 薬剤師の氏名							(印)

[注意事項]

- 1 「1 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又は調剤に当たった薬剤師若しくは薬局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。
- 2 「5 看護料」及び「6 移送料」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 「7 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。
- 4 「※10 診療費請求明細」又は「※11 調剤費請求明細」の欄の記入に代えて同様事項を記載した医師、歯科医師若しくは柔道整復師又は薬剤師の証明書を添付してもよいこと。
- 5 「診療報酬点数表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。

休業補償請求書

		認定番号	
		請求回数	第 回
群馬県教育委員会教育長 殿		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 _____ 氏名 _____	
1 (所属学校)			
2 (氏名)		3 (職名)	
年 月 日生		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日	
5 (請求日数) 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日			
6 所属学校の証明の	5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 名称 職氏名		
7 休業補償金額の計算	他の法律による給付を受けている場合	$\begin{aligned} & (\text{補償基礎額}) \times (\text{請求日数}) \times \frac{60}{100} \times (\text{調整率}) = \text{(A)} \text{円} \\ & (\text{補償基礎額}) \times (\text{請求日数}) \times \frac{60}{100} - \frac{\text{他の法律による給付年金額}}{365} \\ & = \text{(B)} \text{円} \end{aligned}$	
	上記以外の場合	$(\text{補償基礎額}) \times (\text{請求日数}) \times \frac{60}{100} = \text{円}$	
8 休業補償請求金額		円	
※ 9 医師の証明	(傷病名)	(現在の状態) 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	
	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 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	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		
10 添付する書類その他の資料名		印	

11 送金先	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
	振 込 口 座	口座番号	
		名 義	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 決定金額	円
※ 支 払	年 月 日

別記様式第5号（規格A4）（第5条関係）

傷病補償年金請求書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日	年 月 日
下記の傷病補償を請求します。		住 所	_____
		氏 名	_____
1 (所属学校)			
2 (氏 名)		3 (職 名)	
		年 月 日生	
4 (負傷又は発病年月日)			
年 月 日			
5 (障害の部位及びその程度)			
6 等 級		第 級 号	
7 厚生年金保険法 (昭和29年法律 第115号)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。	
8 傷病補償年金計算 額		他の法律によ る給付を受け (補償基礎額) (倍数) (調整率) ている場合 × × = 円	
		上記以外の場 (補償基礎額) (倍数) 合 × = 円	
9 添付する書類その 他の資料名			

10 送 金 先	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
	振 込	口 座 番 号	
	口 座	名 義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※支払	年 月 日
※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

(裏)

[注意事項]

- 1 「7 厚生年金保険法等の適用」の欄は、傷病補償年金を受けようとする者が記入するものであり、請求者が厚生年金保険法等の適用を受ける者であるときは、「___の被保険者である。」にその適用を受ける法律の名称を記入すること。

なお、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厚生年金保険法等の障害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、番号及び所轄年金事務所等を記載した書類を添付すること。

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

傷病補償変更請求書

		認定番号	
		請求年月日 年 月 日	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求者の年金	
下記のとおり傷病補償の変更を請求します。		証書番号 _____	
		住 所 _____	
		氏 名 _____	
1 現在受けている傷病年金の等級	第 級 号		
2 現在受けている傷病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 変更後の障害の部位及びその程度	(第 級 号)		
5 変更後の傷病補償年金計算額	他の法律による給付を受けている場合	(補償基礎額) (倍数) (調整率)	円
	上記以外の場合	(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	※変更後の等級	第 級 号
※決定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	※決定金額	円
		※支払	年 月 日

[注意事項]

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。

別記様式第7号（規格A4）（第5条関係）

障 害 補 償 一 時 金 請 求 書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日 年 月 日	
下記のとおり障害補償を請求します。		請求者の住所 _____ 氏名 _____	
1 (所属学校)			
2 (氏 名)		3 (職 名)	
年 月 日生			
4 (負傷又は発病年月日)		5 (治癒年月日)	
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 等 級	第 級 号		
9 厚生年金保険法 (昭和29年法律第 115号)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。		
10 障害補償請求金額 の計算	他の法律によ る給付を受け ている場合	(補償基礎額) (倍 数) (調整率) × × = 円	
	上記以外の場 合	(補償基礎額) (倍 数) × = 円	
11 添付する書類その 他の資料名			

12 送 金 先	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
	振 込	口座番号	
	込	名 義	

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払 (一時金の場合)	年 月 日
※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	<input type="checkbox"/> 年金 円 <input type="checkbox"/> 一時金 円

(裏)

[注意事項]

- 1 「7 (既存障害とその程度)」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害補償を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 2 「9 厚生年金保険法等の適用」の欄は、障害補償年金を受けようとする者が記入するものであり、請求者が厚生年金保険法等の適用を受ける者であるときは、「____の被保険者である。」にその適用を受ける法律の名称を記入すること。

なお、この請求書を提出するときに、請求する障害補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法等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、番号及び所轄年金事務所等を記載した書類を添付すること。

- 3 この請求書には、治癒の時間の決定及び等級の決定に必要な医師の診断書、X線写真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

		認定番号			
		請求年月日	年	月 日	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求者の年金 証書番号 _____			
下記のとおり障害補償の変更を請求します。		住 所 _____			
		氏 名 _____			
1 現在受けている障害年金の等級	第 級 号				
2 現在受けている障害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 変更後の障害の部位及びその程度	(第 級)				
5 変更後の障害補償請求金額の計算	年 金	他の法律による給付を受けている場合	(補償基礎額)	(倍数) (調整率)	× × = 円
		上記以外の場合	(補償基礎額)	(倍数)	× = 円
	一時金	(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	※変更後の等級	第 級 号	
※決定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	※決定金額	円	
		※支払	年 金	年 月開始
			一時金	年 月 日

〔注意事項〕

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。

別記様式第9号（規格A4）（第5条関係）

障害補償年金差額一時金請求書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日	年 月 日
下記の障害補償年金差額一時金を請求します。		請求者の住所	_____
		氏 名	_____
		学校医等との続柄又は関係	_____
1 死に 関 学 す 校 る 医 事 等 項	(所属学校)		
	(氏 名)	年 月 日生	
	(職 名)		
	(死亡年月日)	年 月 日	
2 障 害 補 償 差 額 一 時 金 の 計 算	受給権者の氏名	死亡学校医等との続柄又は関係	支給された年金の額の合計
			支給された前払一時金の額
補償基礎額 倍数 支給された年金 及び前払一時金 $\left\{ \left(\quad \right) \times \left(\quad \right) - \left(\quad \right) \right\} \times \left(\frac{1}{\quad} \right) =$ 受給権者の数			
3	障害補償年金差額一時金請求額		円
4	添付する書類その他の資料名		

5 送 金 先	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	
	振込 口座	口座番号	
		名 義	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 決定金額	円
※ 支 払	年 月 日

介 護 補 償 請 求 書

新規 継続

群馬県教育委員会教育長 殿 下記の介護補償を請求します。	請求年月日 年 月 日
	請求者の住所 _____ 氏 名 _____

被災 学校 医等 等 事 項	1 (所属学校)
	(氏 名) 年 月 日生
	(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	傷病等級 (第 級 号) 障害等級 (第 級 号)	3 年金証書の番号	第 号
---------------------	------------------------------	-----------	-----

4 介護を要する状態の常時又は随時の別	<input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態 <input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態
---------------------	---

5 請求金額等	請求対象年月	介護費用を支出せずに介護を受けた日の有無	介護費用として支出した額	請求月額
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	年 月	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	円	円
	介護補償請求金額(請求月額の合計)			円

6 介護を受けた場所	<input type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設(名称: _____) 入院・入所期間 { 年 月 日から 年 月 日まで }
------------	---

7 従事した者に 介護	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 送金先	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
	振込口座	口座番号
		名義

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 決 定 金 額	円
※ 支 払	年 月 日

遺族補償年金請求書

		認定番号			
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日 年 月 日			
下記の遺族補償年金を請求します。		請求者(代表者)の 住 所 _____ 氏 名 _____ 学校医等との続柄又は関係			
1 死亡関 する 校 医 事 等 項	(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。		
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 が 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 計算額		他の法律による給 付を受けている場 合	$\frac{\text{（補償基礎額）} \times 365 \times \text{（年金額算定の率）} \times 1}{\text{（請求者の数）}} \times \text{（調整率）} = \text{円}$		
		上記以外の場合	$\frac{\text{（補償基礎額）} \times 365 \times \text{（年金額算定の率）} \times 1}{\text{（請求者の数）}} = \text{円}$		

6 遺族補償年金請求金額	請求者が1人の場合又は代表者が選任しない場合	円
	代表者を選任した場合	(5の請求年額) × (請求者の数) = 円
7 添付する書類その他の資料名		

8 送 金 先	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
	振込	口座番号	
	口座	名義	

※受理	年 月 日
※決定	年 月 日
※年金証書の番号	第 号
※支給開始年月	年 月
※決定金額	<input type="checkbox"/> 請求者1人の場合又は代表者を選出しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選出した場合 円

(裏)

[注意事項]

1 「1 死亡学校医等に関する事項」の欄中「厚生年金保険法等の適用」の項目には、死亡学校医等が厚生年金保険法等の適用を受ける者であるときは、「____の被保険者であった。」に、その適用を受ける法律の名称を記入すること。

なお、この請求書を提出するときに、既に当該遺族補償年金と同一の事由によって厚生年金保険法等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、年金証書の記号及び所轄年金事務所等を記載した書類を添付すること。

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場合は(請) その者が代表者であるときは(代)、その者が妻で等級第7級以上の障害を有する状態にあるときは(請)(障)、その者が等級第7級以上の障害を有する状態にあるときは(障)、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生) と記入する。

3 「4 既に遺族補償年金を受けている者」の欄は、この記載の事由が学校医等の死亡以外の場合に記入すること。

4 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、当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は、添付する必要がない。

- (1) 学校医等の死亡診断書、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氏名、及び学校医等との続柄に関する市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ができる書類
- (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ができる書類
- (5) 請求者又は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等級第7級以上の障害を有する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状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類及び資料
- (6) 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ができる書類
- (7) 受給権者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合において、その者が等級第7級以上の障害を有する状態にある者については、そ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及び資料
- (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わからないときは、その旨）を記載した書類
- (9) 請求者が2人以上で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、また、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類

遺族補償一時金請求書

		認定番号		
群馬県教育委員会教育長 殿 下記の遺族補償一時金を請求します。		請求年月日 年 月 日		
		請求者の住所 _____ _____		
		氏 名 _____		
		学校医等との続柄又は関係		
1 死亡学校医等 に関する事項	(所属学校)			
	(氏 名)		年 月 日生	
	(職 名)			
	(死亡年月日)		年 月 日	
2 遺族補償一時金請求額の計算	受給権者の氏名	生年月日	死亡学校医等との続柄又は関係	$\left(\begin{matrix} \text{補 償} \\ \text{基 礎 額} \end{matrix} \right) \times \left(\begin{matrix} \text{支給された} \\ \text{年 金 額} \end{matrix} \right)$ (倍数)
				(× -)
				$\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$
				× = 円
	遺族補償年金が支給されていた場合	年金の受給権者であった者の氏名	年金証書の番号	支給された年金額の合計
			円	
			円	
	総 計		円	
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 先	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
	振込口座	口座番号	
		名義	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 決 定 金 額	円
※ 支 払	年 月 日

(裏)

[注意事項]

- 1 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の欄には、全ての受給権者について記入すること。
- 2 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「遺族補償年金が支給されていた場合」の項は、この請求書の提出前に当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていた場合に記入すること。
- 3 この請求書には、次に掲げる書類を添付するものとする。ただし、この請求書の提出前に、当該補償の事由となった学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行われていたときは、次の(1)に掲げる書類を添付する必要はない。
 - (1) 学校医等の死亡診断書、死体検案調書、検視調書、その他学校医等の死亡の事実を証明する書類又はその写し
 - (2) 請求者の氏名及び学校医等との続柄又は関係に関する市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、請求者に先順位者のないことを証明する書類
 - (5) 請求者が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場合には、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) 請求者が配偶者並びに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、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わからないときは、その旨）を記載した書類
 - (9) その他必要な書類

前 払 一 時 金 請 求 書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 殿 下記のとおり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 _____ 氏 名 _____ 学校医等との続柄又は関係	
1 学校医等に 関する事項	(所属学校)		
	(氏 名)	年 月 日生	
	(職 名)		
	(死亡年月日又は支給すべき事由が生じた日)	年 月 日	
2 請求者の 同順位者	氏 名	生 年 月 日	住 所
3 前払一時金請求金額	(補償基礎額)	1,200 1,000 800 600 400 200	× = 円

4 前払一時金(請求)の申出 を行った月までの期間に係 る年金の額	年 月 日から 年 月 日まで	円
---	--------------------	---

5 送 金 先	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
	振 込	口座番号	
	口 座	名 義	

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※決定金額	円
※支 払	年 月 日

葬 祭 補 償 請 求 書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 殿		請求年月日 年 月 日	
下記の葬祭補償を請求します。		請求者の住所 _____ 氏 名 _____ 学校医等との続柄又は関係	
1 死亡 学校 医等 に 関 する 事 項	(所属学校)		
	(氏 名) 年 月 日生		
	(職 名)		
	(死亡年月日) 年 月 日		
2 葬 祭 補 償 請 求 金 額	補償基礎額 倍 (A) 円 + ×30 = 円		
	補償基礎額 倍 (B) ×60 = 円		
	(A), (B)のうち □(A) □(B) 円 高い方の金額		
3 添付する書類その他の資料名			

4 送 金 先	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
	振 込	口座番号	
	口座	名 義	

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※決定金額	円
※支 払	年 月 日

〔注意事項〕

この請求書には、葬祭を行った事実を認めることのできる書類を添付すること。

未支給の補償請求書

		認定番号	
群馬県教育委員会教育長 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 _____ 続柄又は関係 _____	
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 第 号 年金証書の番号	
	請求金額	円	
3 添付する書類その他の資料名			

4 送 金 先	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
	振 込 口 座	口 座 番 号	※決定金額	円
		名 義	※支 払	年 月 日

(裏)

この請求者には、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) 死亡受給権者の死亡診断書、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 請求者と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
 - 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書類

災害補償支給通知書（年金たる補償）

番 号
年 月 日

_____ 殿

群馬県教育委員会教育長 印

補償の決定について

年 月 日付けをもって請求のあった _____ については、審査の結果下記のとおり決定したので通知します。

記

- 支給 理由
 不支給

1 受給権者氏名
(年金証書の番号)

- 2 支給年金額
(1) 補償基礎額
(2) 等級
(3) 受給権者以外の遺族補償

年金額の算定の基礎となる
遺族の氏名

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、群馬県人事委員会に対して審査請求をすることができます（決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、群馬県を被告として（訴訟において群馬県を代表する者は、群馬県教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

災害補償支給通知書（年金たる補償以外の補償）

番 号
年 月 日

_____ 殿

群馬県教育委員会教育長 印

補償の決定について

年 月 日付けをもって請求のあった _____ については、下記のとおり決定したので通知します。

記

- 支給 理由
 不支給

- 1 受給権者氏名
- 2 補償請求金額
- 3 補償支給決定額
(査定概要)
- 4 支払方法
- 5 支払(振込)予定日

この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、群馬県人事委員会に対して審査請求をすることができます（決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、群馬県を被告として（訴訟において群馬県を代表する者は、群馬県教育委員会となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

	<p style="text-align: right;">第 号</p> <p style="text-align: center;">学校医等公務災害補償</p> <p style="text-align: center;">年 金 証 書</p> <p style="text-align: center;">群馬県教育委員会</p>
--	--

(4)

(1)

<p>受給権者の住所 _____</p> <p>受給権者の氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日生</p> <p>補償の種類 _____ 補償年金(第 _____ 級)</p> <p>年金の額 _____ 円</p> <p>支給開始年月 _____ 年 _____ 月</p> <p style="text-align: center;">群馬県立学校の学校医、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の規定によ り上記のとおり支給します。</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">群馬県教育委員会 印</p>	<p style="text-align: center;">〔注 意 事 項〕</p> <p>(別記のとおり)</p>
---	--

(2)

(3)

別記

- 1 この証書は学校医、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によって傷病補償年金、障害補償年金又は遺族補償年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから、大切に保管してください。
- 2 これらの補償は、毎年2月、4月、6月、8月、10月及び12月にそれぞれその前月分までを支払います。
- 3 この補償を受ける権利は、譲り渡したり又は担保に供することはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 4 この証書を亡失したり損傷したときは、再交付を教育委員会に請求してください。また証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 5 あらかじめ教育委員会からその必要がないと通知された場合を除き、毎年1回2月1日から同月末日まで間に、教育委員会に対し障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 6 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を教育委員会に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合は、
 - (1) 傷病補償年金の場合
 - ア 受給権者が死亡した場合
 - イ 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「施行規則」という。）別表第2に定める等級の第1級、第2級又は第3級に該当しなくなった場合
 - (2) 障害補償年金の場合
 - ア 受給権者が死亡した場合
 - イ 施行規則別表第2に定める等級の第7級以上に該当しなくなった場合
 - (3) 遺族補償年金の場合
 - ア 受給権者が死亡した場合
 - イ 受給権者が婚姻（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をした場合
 - ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となった場合
 - エ 離縁によって死亡した学校医等との親族関係が終了した場合
 - オ 受給権者が死亡した学校医等の子、孫又は兄弟姉妹であるときはその者が18歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した場合（その者が学校医等死亡の時から引き続き施行規則別表第2に定める第7級以上の障害を有する状態にある場合を除く。）
 - カ 施行規則別表第2に定める第7級以上の障害を有する状態にあることにより受給権者となっている者がその状態でなくなった場合

年 月 日

群馬県教育委員会教育長 殿

請求者の住所

氏 名

年金証書再交付請求書

下記の年金証書を 亡 失 したので再交付してください。
損 傷

記

証 書 番 号 第 号

証書発行年月日

受給権者氏名

遺族補償年金支給停止申請書

群馬県教育委員会教育長 殿 下記の所在不明者に係る遺族補償年金の支給の停止を申請します。	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	年 月 日生		
	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
			第 号	
			第 号	
			第 号	
			第 号	
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	年 月 日			

[注意事項]

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。

遺族補償年金支給停止解除申請書

群馬県教育委員会教育長 殿 下記のとおり遺族補償年金の支給の 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日	年 月 日	

※受 理		※決定内容	年 月分から解除
※決 定			

[注意事項]

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。

番 号
年 月 日

_____ 殿

群馬県教育委員会教育長 印

遺族補償年金支給停止通知書

下記のとおり、遺族補償年金の支給を停止したので通知します。

記

- 1 年金証書の番号 第 号
- 2 氏 名
- 3 支給停止年月日 年 月 日

番 号
年 月 日

_____ 殿

群馬県教育委員会教育長 

遺族補償年金支給停止解除通知書

下記のとおり、遺族補償年金の支給の停止を解除したので通知します。

記

- 1 年金証書の番号 第 号
- 2 氏 名
- 3 支給停止年月日 年 月 日
- 4 解除年月日 年 月 日

障害（傷病）の現状報告書

群馬県教育委員会教育長 殿 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 氏名 _____				医 師 の 証 明	(ア) 障害又は傷病の種類
					(イ) 障害の現状又は傷病の経過（傷病の現状） ※最近1年間について記入すること
1 年金証書の番号					第 号
2 治癒年月日					年 月 日
3 等級					第 級 号
4 障害の状況					(ウ) 今後の見込み
5 日常生活の概要					
6 厚 生 等 の 受 給 関 係 年 金 保 険	当該障害に関して支給されている年金の名称	支給されている	支給されること	（報告者の氏名） _____ については、上記のとおりであると認めます。 年 月 日	病院又は診療所の { 所在地 名 称 医師氏名 }
		年金の額	となった年月		
		円	年 月		
		年金証書の記号番号	所轄年金事務所等		
7 添付する書類その他の資料名					



遺族の現状報告書

群馬県教育委員会教育長 殿					
下記のとおり遺族の現状を報告します。					
年 月 日					
報告者（代表者）の 第 号					
年金証書の番号					
住 所					
氏 名 _____					
1 死亡学校医等の氏名		(死亡年月日 年 月 日)			
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
		年 月 日			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
		・ ・			有・無
3 受給関係 厚生年金保険等の	当該死亡に関して支給 されている年金の名称		支給されている 年金の額		支給されることと なった年月
			円		年 月
			年金証書の 記号番号		所轄年金事務所等
4 添付する書類その他の資料名					

(裏)

[注意事項]

- 1 受給権者が2人以上であるときで、そのうちの1人を代表者として選任し、その者が当該遺族補償年金の支給を代表して受けている場合には、その代表者が代表してこの報告書を提出すれば足りるものであり、他の受給権者は提出する必要はないこと。
- 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町村長の発行する証明書
 - (2) 受給権者が妻で、他に遺族補償年金を受けることができる遺族がない場合において妻が等級第7級以上の障害を有する状態にあるとき、又は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、障害を有する状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる者があるときは、その者が障害を有する状態にあることを証明する医師の診断書その他の書類及び資料
 - (3) 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、その事実を認めることのできる書類

公務災害補償記録簿（1号紙）

認定年月日		年月日	補償基礎額	金額 円 年月日決定	受給権者	氏名	死亡学校医等との続柄又は関係	
通知年月日		年月日	故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		給		
認定番号				年月日から 年月日まで			<input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 障害補償 <input type="checkbox"/> 傷病補償	
被災学校医等に関する事項	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	傷病補償	等級号	葬祭補償	金額 円	葬祭を行った者の氏名及び死亡学校医との続柄又は関係	
	生年月日	年月日(歳)		年金額 円 年月日支給決定 支払				年月日支払
	住所		障害補償	<input type="checkbox"/> 障害補償年金 円 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 円	第三者加害行為	<input type="checkbox"/> 自動車事故 <input type="checkbox"/> その他		
	所属学校名			第級号 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重			<input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 求償	
職名		障害補償	<input type="checkbox"/> 年金額 円 <input type="checkbox"/> 前払一時金額 円 (年金支給停止期間 年月日から 年月日まで)	第三者加害行為	<input type="checkbox"/> 一部補償			
災害発生	災害発生の日時 年月日(曜日) 午前 時 分ごろ 午後 時 分ごろ		年月日 支給決定 年月日 支払					
災害発生	災害発生の場所							
災害発生	事故の態様	<input type="checkbox"/> 事故 { <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> その他} <input type="checkbox"/> その他						

の 状 況	災害発生時の 従事職務・認 定理由等		遺 族 補 償	<input type="checkbox"/> 遺族補償年金 円	障 害 補 償 年 金 差 額 一 時 金	年 月 日 支払決定 支 払
				<input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 円		
	傷病名・傷病 の部位及び程度			<input type="checkbox"/> 年 金 額 円 <input type="checkbox"/> 前払一時金額 円 (年金支給停止期間) 年 月 から 年 月 まで <input type="checkbox"/> 一時金額 円	備 考	
	治癒年月日	年 月 日				
死亡年月日	年 月 日			年 月 日 支給決定 支 払		

公務災害補償記録簿（2号紙）

療 養 補 償

支払年月日	診 療 期 間	診 療 実 日 数	支 払 金 額	医 療 機 関	備 考	支払年月日	診 療 期 間	診 療 実 日 数	支 払 金 額	医 療 機 関	備 考
年 月 日 ・ ・	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円			年 月 日 ・ ・	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円		
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					・ ・	・ ・ ・ ・				
・ ・	・ ・ ・ ・					累 計					

公務災害補償記録簿（3号紙）

休 業 補 償					
支 払 年 月 日	休 業 期 間	休 業 日 数	補 償 基 礎 額	支 払 金 額	備 考
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	日	円	円	
累 計				円	

介 護 補 償					
支 払 年 月 日	支 給 に 係 る 月	常 時、随 時 の 別	補 償 基 礎 額	支 払 金 額	備 考
年 月 日	自 年 月 至 年 月	<input type="checkbox"/> 常 時 <input type="checkbox"/> 随 時	円	円	
年 月 日	自 年 月 至 年 月	<input type="checkbox"/> 常 時 <input type="checkbox"/> 随 時	円	円	
年 月 日	自 年 月 至 年 月	<input type="checkbox"/> 常 時 <input type="checkbox"/> 随 時	円	円	
年 月 日	自 年 月 至 年 月	<input type="checkbox"/> 常 時 <input type="checkbox"/> 随 時	円	円	
年 月 日	自 年 月 至 年 月	<input type="checkbox"/> 常 時 <input type="checkbox"/> 随 時	円	円	
累 計				円	

別記様式第27号（規格A4）（第16条関係）

傷病補償年金記録簿（表）

災害発生年度	年度	職名		認定番号					
受給権者の氏名				年金証書の番号 第 号	故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 無	年 月 日まで
受給権者の住所	-----				他の法律による給付との調整関係	年金の名称			
等級	第 級（ 年 月 日決定）					支給されている年金の年額 円			
	第 級（ 年 月 日決定）					支給開始年月 年 月			
	第 級（ 年 月 日決定）					年金証書の記号番号			
支給開始年月	年 月					所轄年金事務所名等			
障害の部位及びその程度									
傷病補償年金の額	支給年月	補償基礎額	調整前の年金額	調整後の年金額	傷病補償年金の額	支給年月	補償基礎額	調整前の年金額	調整後の年金額
	年 月から	円	円	円		年 月から	円	円	円
	年 月から					年 月から			
	年 月から					年 月から			
振込先	銀行 支店		備考						
口座番号									

障害補償年金記録簿（表）

災害発生年度	年度	職名		認定番号					
受給権者の氏名				年金証書の番号 第 号	故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間	<input type="checkbox"/> 有	年 月 日から	<input type="checkbox"/> 無	年 月 日まで
受給権者の住所	-----				他の法律による給付との調整関係	年金の名称			
等級	第 級（ 年 月 日決定）					支給されている年金の年額 円			
	第 級（ 年 月 日決定）					支給開始年月 年 月			
	第 級（ 年 月 日決定）					年金証書の記号番号			
支給開始年月	年 月				所轄年金事務所名等				
障害の部位及びその程度									
障害補償年金の額	支給年月	補償基礎額	調整前の年金額	調整後の年金額	障害補償年金の額	支給年月	補償基礎額	調整前の年金額	調整後の年金額
	年 月から	円	円	円		年 月から	円	円	円
	年 月から					年 月から			
	年 月から					年 月から			
振込先	銀行 支店		備考						
口座番号									

遺族補償年金記録簿（表）

災害発生年度		年度		職名		認定番号					
遺族補償年金受給資格者	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	受給資格に変動を生じた年月日	その事由	年金証書の番号	他の法律による給付との調整関係	年金の名称		
		年 月 日 ・ ・	-----		年 月 日 ・ ・		第 号		支給されている年金の額 円		
		・ ・	-----		・ ・		第 号		支給開始年月 年 月		
		・ ・	-----		・ ・		第 号		年金証書の記号番号		
		・ ・	-----		・ ・		第 号		所轄年金事務所名等		
		・ ・	-----		・ ・		第 号				
		・ ・	-----		・ ・		第 号				
遺族補償年金の額	支給年月	補償基礎額	率	調整前の年金額	調整後の年金額	遺族補償年金の額	支給年月	補償基礎額	率	調整前の年金額	調整後の年金額
	年 月から	円	%	円	円		年 月から	円	%	円	円
	・ ・						・ ・				
	・ ・						・ ・				
	・ ・						・ ・				
振込先	銀行 支店		備考								
口座番号											

（注意事項） 「氏名」の冒頭に受給権者である場合は㊦、受給権者と生計を同じくしている者であるときは㊧、障害を有する状態にあるときは㊨と記入すること。

