

上尾市立学校の学校医、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をここに公布する。

令和6年3月25日

上尾市教育委員会

教育長 西倉 剛

上尾市教育委員会規則第3号

上尾市立学校の学校医、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

上尾市立学校の学校医、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19年上尾市教育委員会規則第2号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 この規則は、上尾市立学校の学校医、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（令和6年上尾市条例第11号。以下「条例」という。）第5条の規定に基づき、市立学校（市立の小学校及び中学校をいう。以下同じ。）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。）の公務災害補償の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この規則において「災害」とは、条例第2条に規定する災害をいう。

2 この規則において「補償」とは、条例第1条に規定する補償をいう。

3 この規則において「補償基礎額」とは、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32年政令283号。以下「政令」という。）第1条に規定する補償基礎額をいう。

（災害の報告）

第3条 市立学校の校長は、学校医等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には、速やかに公務災害発生報告書（第1号様式）により、上尾市教育委員会（以下「教育委員会」という。）に報告しなければならない。

（公務災害の認定及び通知）

第4条 教育委員会は、前条の規定による報告を受けた場合には、その災害が公務により生じたものであるかどうかを認定し、公務により生じたものであると認定したときは、速やかに公務災害認定通知書（第2号様式）により、補償を受けるべき者に通知するものとする。

（補償の請求）

第5条 前条の規定による通知を受けた者は、補償（現に受けている補償の内容の変更を含む。以下この条及び第7条において同じ。）を受けようとするときは、受けようとする補償の種類に応じ、次に掲げる請求書を学校医等の所属学校（学校医等が死亡し、又は離職した場合にあっては、その死亡又は離職の直前における学校医等の所属学校。第16条において同じ。）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。

- (1) 療養補償請求書（第3号様式）
- (2) 休業補償請求書（第4号様式）
- (3) 傷病補償年金請求書（第5号様式）
- (4) 傷病補償年金変更請求書（第6号様式）
- (5) 障害補償年金・一時金請求書（第7号様式）
- (6) 障害補償変更請求書（第8号様式）
- (7) 介護補償請求書（第9号様式）
- (8) 遺族補償年金請求書（第10号様式）
- (9) 遺族補償年金前払一時金請求書（第11号様式）
- (10) 遺族補償一時金請求書（第12号様式）
- (11) 葬祭補償請求書（第13号様式）
- (12) 未支給の補償請求書（第14号様式）

（遺族補償年金の請求の代表者）

第6条 遺族補償年金を受ける権利を有する者が2人以上あるときは、これらの者は、そのうちの1人を遺族補償年金の請求及び受領についての代表者に選任することができる。

2 遺族補償年金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、又はその代表者を解任したときは、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添えて、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ない。

（補償の決定及び通知）

第7条 教育委員会は、第5条各号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、補償の種類に応じ、次に掲げる通知書により、速やかに当該請求書を提出した者に通知するものとする。

- (1) 療養補償決定通知書（第15号様式）
- (2) 休業補償決定通知書（第16号様式）
- (3) 介護補償決定通知書（第17号様式）
- (4) 傷病補償決定通知書（第18号様式）
- (5) 障害補償決定通知書（第19号様式）
- (6) 遺族補償決定通知書（第20号様式）
- (7) 葬祭補償決定通知書（第21号様式）

（支給方法）

第8条 教育委員会は、療養補償及び休業補償については、毎月1回以上支給するようにしなければならない。

（所在不明による支給停止）

第9条 政令第11条の規定により遺族補償年金の支給の停止又は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申請書（第22号様式）又は遺族補償年金支給停止解除申請書（第23号様式）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、又は支給の停止の解除をしたときは、当該申請をした者に速やかに書面でその旨を通知しなければならない。

（年金証書の交付等）

第10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、当該補償を受けるべき者に対し、併せて年金証書（第24号様式）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ときは、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、必要があるときは、年金証書の提出又は提示を求めることができる。

（年金証書の再交付）

第11条 年金証書の交付を受けた者が、年金証書を亡失し、又は著しく損傷したときは、再交付の請求書に当該年金証書の亡失の事実を明らかにすることができる書類又はその損傷した年金証書を添えて、年金証書の再交付を教育委員会に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。

(年金証書の返納)

第12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。

(定期報告)

第13条 年金たる補償を受ける者は、毎年1回、2月1日から同月末日までの間に、その傷病若しくは障害の現状又は遺族補償年金の支給額の算定の基礎となる遺族の現状に関し、傷病の現状報告書(第25号様式)、障害の現状報告書(第26号様式)又は遺族の現状報告書(第27号様式)により、教育委員会に報告しなければならない。ただし、教育委員会があらかじめ必要がない旨を通知した場合は、この限りでない。

(届出)

第14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。

(1) 氏名又は住所を変更した場合

(2) 傷病補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア その負傷又は疾病が治った場合

イ その障害の程度に変更があつた場合

(3) 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

(4) 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げる場合

ア 政令第10条第1項(第1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

イ 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

ウ 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55歳に達したとき（政令第8条第1項第4号に規定する障害の状態にあるときを除く。）、又は政令第8条第1項第4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ったとき（55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 介護補償を受けている者は、常時介護を要する状態又は随時介護を要する状態のいずれにも該当しなくなった場合には、速やかにその旨を教育委員会に届け出なければならない。

4 前3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の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15条 補償の原因である災害が第三者の行為によって生じたときは、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わからないときは、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。

（校長の助力等）

第16条 補償を受けるべき者が、事故その他の理由により、補償の請求その他の手続を行うことが困難である場合は、学校医等の所属学校の校長は、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書等を求められたときは、速やかに当該証明書等を発行しなければならない。

（記録簿）

第17条 教育委員会は、次に掲げる記録簿を備え、当該記録簿に必要な事項を記入しておかなければならない。

- (1) 災害補償記録簿
- (2) 傷病補償年金記録簿
- (3) 障害補償年金記録簿
- (4) 遺族補償年金記録簿

(その他)

第18条 この規則に定めるもののほか、市立学校の学校医等の公務災害補償の実施に関し必要な事項は、教育長が定める。

附 則

この規則は、令和6年4月1日から施行する。

公 務 災 害 発 生 報 告 書

第 年 月 日
号

(宛先)
上尾市教育委員会

..... 学校長

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 職名 氏名
.....
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
.....

第2号様式(第4条関係)

公 務 災 害 認 定 通 知 書

第 号

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

下記の傷病については、公務により生じた災害と認定されましたので、上尾市立学校の学校医、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第4条の規定により通知します。

記

1 氏 名

2 傷 病 名

3 災害発生年月日年.....月.....日.....

4 認 定 番 号

補 償 の 内 容

1 あなたが被災学校医等である場合

(1) 療養補償

公務上の負傷又は疾病については、次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。

- ア 診察
- イ 薬剤又は治療材料の支給
- ウ 処置、手術その他の治療
- エ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- オ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- カ 移送

(2) 休業補償

公務上の負傷又は疾病の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で、給与その他の業務上の収入を得ることができないときは、その期間、補償基礎額の $\frac{60}{100}$ に相当する金額の休業補償を受けることができます。

(3) 傷病補償年金

公務上の負傷又は疾病に係る療養の開始後1年6月を経過した日以後において、政令に定められている程度の障害の状態が継続しているときは、その期間、その程度に応じて傷病補償年金を受けることができます。

なお、傷病補償年金を受ける場合には、休業補償を受けることができません。

(4) 障害補償

公務上の負傷又は疾病が治ったとき、政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。

(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、障害補償年金前払一時金を受ける場合には、年金の支給は、一定期間停止されることとなります。

(6) 介護補償

傷病補償又は障害補償を受けることができる場合で、政令で定める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(病院等に入院している期間を除く。)、介護補償を受けることができます。

2 あなたが被災学校医等以外の者である場合

(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、その収入によって生計を維持しており、次の①から⑦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。

- 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日までの間にある子
- 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日までの間にある孫
- 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、政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、年齢に関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ます。遺族補償年金は、上記の順序による最先順位者(遺族補償年金を受ける権利を有する者)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、遺族補償年金前払一時金を受ける場合には、遺族補償年金の支給は、一定期間停止されることになります。

(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

あなたが年金の障害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政令に定める障害の程度に応じ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った分がある場合は、その未支給分の補償を受けることができます。

第3号様式(第5条関係)

療 養 補 償 請 求 書

		請求回数	第 回
(宛先) 上尾市教育委員会 下記の療養補償を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所.....	
		ふりがな 氏 名.....	
※ 1	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	
所属 長の 証明	上記のとおり相違ないことを証明します。		
	年 月 日		
学校長 印			
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.....に委任します。		
	委任者の氏名..... 印		
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..... 印			
3	診 療 費	内訳は「9診療費請求明細」欄記載のとおり	
		円	
4	看 護 料	<input type="checkbox"/> 看護師 年 月 日から <input type="checkbox"/> 付添人 年 月 日まで	日間
		円	
5	移 送 費	交通費 から まで キロメー <input type="checkbox"/> 片道 トル <input type="checkbox"/> 往復 回	
		円	
		その他の移送費	
		円	
6	上記以外の療養費	内訳別紙請求書又は領収書 枚のとおり	
		円	
7	療養補償請求金額	3～6の合計額	
		円	

8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年月日
		□普通預金 □当座預金			※決定	年月日
		口座番号				
		預金名義者				
	送金手 小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※支払	年月日
その他				※決定金額	円	

※ 9 診療費 請求 明細	(1) 傷病名	ア	(2) 診療開始日	ア 年月日	診療期間	年月日から	
		イ		イ 年月日	診療実日数	年月日まで	
	ウ	ウ 年月日	転帰		中止		
	(3) 診察料	初診	時間外・休日・深夜	回	点		
		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 夜間 深夜・暴風雨雷・難路	回					
(4) 投薬料	内 薬剤 調・処 屯	単位 回	服				
(5) 注射料	皮下筋肉内	回					
	静脈内 その他	回					
(6) 処置料	薬剤	回					

(7)	手術 麻酔料	薬 剤	回 回 回		
(8)	検査料	薬 剤	回 回 回		
(9)	レントゲン料		回 回		
(10)	その他				
	入院年月日	年 月 日			
(11)	病 院 診 療 所	基 食	看 特2	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 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	
			看 特1		
		普 食	看 1		
		基 食	看 2		
	その他		看 3		
(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

第4号様式(第5条関係)

休業補償請求書

		請求回数	第 回
(宛先)上尾市教育委員会 下記の休業補償を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所.....	
		ふりがな 氏 名.....	
※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		
	補償基礎額	円	療養のため 休業した期間
		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			
		学校長	印
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 休業補償請求金額の計算	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)
			$\times \frac{60}{100} \times$
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32年政令第283号)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つ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つ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	口座振替	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 J A	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			※決定	年 月 日
		口座番号				
		預金名義者			※支払	年 月 日
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 J A	支店 支店 支店	※決定金額	円
	その他					

第5号様式(第5条関係)

傷病補償年金請求書

		※年金証書番号	
		第 号	
(宛先) 上尾市教育委員会		請求年月日	年 月 日
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	
※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	通常の場合	(補償基礎額) (倍数) × = 円	
傷病補償年金請求年額の計算	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32年政令第283号)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	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金				
		口座番号			※決定	年 月 日
		預金名義者				
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※決定年額	円
	その他					

第6号様式(第5条関係)

傷病補償年金変更請求書

(宛先)上尾市教育委員会 下記のとおり傷病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.....			
※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		
	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32年政令第283号)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

第7号様式(第5条関係)

障 害 補 償 年 金 請 求 書
一 時 金

		※ 年 金 証 書 番 号	
		第 号	
(宛先)上尾市教育委員会 下記の障害補償を請求します。		請求年月日	年 月 日
		請求者の住所..... ふりがな 氏 名.....	
※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		
	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 障害補償年金 一時金 請求金額の計算	通 常 の 場 合	(補償基礎額) (倍 数) × = 円	
	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32年 政令第283号)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	年金請求年額 一時金請求金額	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	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		□普通預金 □当座預金			※決定	年 月 日
		口座番号				
	預金名義者			※支払	年 月 日	
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※決定	年 月 日
その他				※決定	年 額 金 額	円

障 害 補 償 変 更 請 求 書

(宛先)上尾市教育委員会 下記のとおり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.....			
※1 所属長の証明	年金証書の番号	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	通 常 の 場 合		(補償基礎額) (倍 数) × = 円		
	障害補償年金一時金請求金額の計算	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32年政令第283号)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			
8	障 害 補 償 年 金 請 求 年 額 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 年額金額	円	

第9号様式(第5条関係)

介護補償請求書

				請求回数	第 回
(宛先)上尾市教育委員会 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..... ふりがな 氏 名.....		
※1 所属長の証明	所属学校名		氏名・生年月日	年 月 日生	
	職 名		負傷又は発病年月日		
	受けている年金の種類	<input type="checkbox"/> 傷病補償(傷病等級第 級第 号) <input type="checkbox"/> 障害補償(障害等級第 級第 号)			
	年金補償の番号	第 号			
	上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 学校長 印				
2 障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態					
3 介護を要する状態の区分		<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			
4 請求内容	請求対象年月	介護を要する費用として支出した額	親族等から介護を受けた日の有無	請 求 月 額	
	年 月	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
	年 月	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	円	
	介護補償請求金額(請求月額合計)				円
5 介護を受けた場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設等(名称:) 入院(入所)期間 年 月 日～ 年 月 日				

6 親族等で介護に従事した者	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	
			年	月	日～年 月 日	
7 添付する書類その他の資料名						
8 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		口座番号	※決定	年 月 日
		預金名義者				
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※決定金額	円
	その他					

遺族補償年金請求書

						※年金証書番号	
						第 号	
(宛先)上尾市教育委員会 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.....ふりがな 氏 名..... 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		
	補償基礎額		円		死亡年月日 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 遺族補償年金請求額の計算	通常の場合	$(補償基礎額) \times (倍数) \times \frac{1}{(請求者の数)} =$ 円				
	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32年政令第283号) 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				
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	$(6の請求年額) \times (請求者の数) =$ 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						
9 送金希望の場合	口座振替	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			※決定	年 月 日
		口座番号				
	預金名義者			※決定年額	円	
	送金小切手	振込先金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店		
その他						

第11号様式(第5条関係)

遺族補償年金前払一時金請求書

(宛先)上尾市教育委員会 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..... 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 400倍 200倍 に相当する額	
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
			印	
			印	
			印	

7 送金希望の場合	口座振替	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		□普通預金 □当座預金		口座番号	※決定	年 月 日
		預金名義者				
	送金 小切手	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※支払	年 月 日
					※決定金額	円
	その他					

第12号様式(第5条関係)

遺族補償一時金請求書

(宛先)上尾市教育委員会 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..... ふりがな 氏 名..... 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 学校長 印				
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	$\left(\begin{array}{c} \text{補 償} \\ \text{基礎額} \end{array} \right) (\text{倍数}) \left[\begin{array}{c} \text{支給された年} \\ \text{金額の総計} \end{array} \right]$ $(\quad \times \quad - \quad)$ $\times \frac{1}{\left[\begin{array}{c} \text{受給権} \\ \text{者の数} \end{array} \right]} = \quad \text{円}$	
	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	
			第 号	円	
			第 号	円	
			第 号	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 送金希望の場合	口座振替	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※受理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金			※決定	年 月 日
		口座番号				
		預金名義者			※支払	年 月 日
	送金手 小切手	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 JA	支店 支店 支店	※決定金額	円
	その他					

第13号様式(第5条関係)

葬 祭 補 償 請 求 書

(宛先)上尾市教育委員会 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..... 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 学校長 印					
2	葬祭補償請求金額 の計算		(補償基礎額)			
			(A) 円 + (補償基礎額) × 30 = 円			
			(B) (補償基礎額) × 60 = 円			
3		葬祭補償請求金額 円				
4 送金希望の 場合	口座振替	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 J A	支店 支店 支店	※受 理	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金		口座番号	※決 定	年 月 日
		預金名義者				
	送金 手	振込先 金融機関名	銀行 信用金庫 J A	支店 支店 支店	※支 払	年 月 日
		その他			※決定金額	円

第14号様式(第5条関係)

未支給の補償請求書

				認 定 番 号		
				第 号		
(宛先)上尾市教育委員会 下記の未支給の補償の支給を請求します。			請求年月日	年 月 日		
			請求者の住所..... ふりがな..... 氏 名..... 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 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	銀行 支店 信用金庫 支店 J A 支店	※受 理	年 月 日
			□普通預金 □当座預金		※決 定	年 月 日
		口座番号			※支 払	年 月 日
	預金名義者			※決定金額	円	
	送金手	振込先金融機関名	銀行 支店 信用金庫 支店 J A 支店			
その他						

認定 番号	
----------	--

療養補償決定通知書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

療養補償の決定について

年 月 日付で請求のあった.....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。

記

支給

不支給

理由

1 受給権者の氏名

2 支払金額円

3 支払の場所及び方法

4 支払日(振込日)年 月 日

5 委任に基づく受領者 住所.....

氏名.....

6 その他

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認 定 番 号	
------------------	--

休業補償決定通知書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

休業補償の決定について

年 月 日付けで請求のあった休業補償について、審査の結果、下記のとおり決定したので、通知します。

記

支給

不支給

理由

1 受給権者の氏名

2 補償期間
年 月 日から
年 月 日までのうち.....日間

3 補償基礎額円

4 支払金額円

5 支払の場所及び方法

6 支払日(振込日)年 月 日

7 その他

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認 定 番 号	
------------------	--

介護補償決定通知書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

介護補償の決定について

年 月 日付けで請求のあった介護補償について、審査の結果、下記のとおり決定したので、通知します。

記

- 支給
- 不支給
- 理由

1 受給権者の氏名

2 補償期間

年 月 日から
年 月 日までのうち.....月分

3 補償基礎額円

4 支払金額円

5 支払の場所及び方法

6 支払日(振込日)年 月 日

7 その他

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認定
番号

傷病補償決定通知書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

傷病補償の決定について

年 月 日付けで請求のあった傷病補償について、審査の結果、下記のとおり決定したので、通知します。

記

- 支給
- 不支給

理由

- 1 受給権者の氏名
- 2 年金支給金額円
- 3 補償基礎額円
- 4 傷病等級 第.....級
- 5 年金証書の番号 第.....号
- 6 支給開始年月年.....月
- 7 支払の場所及び方法
- 8 その他

教示

- 1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。
- 2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認 定 番 号	
------------------	--

障 害 補 償 決 定 通 知 書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

障害補償の決定について

年 月 日付で請求のあった.....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。

記

- 支 給
- 不 支 給
- 理 由

受 給 権 者 の 氏 名

1 障害補償

補償基礎額 円

傷病等級 第..... 級

(1) 障害補償年金支給金額 円

ア 年金証書の番号 第..... 号

イ 支給開始年月 年 月

(2) 障害補償一時金支払金額 円

ア 支払の場所及び方法

イ 支払日(振込日) 年 月 日

2 そ の 他

教 示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認 定 番 号	
------------------	--

遺 族 補 償 決 定 通 知 書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会 印

遺族補償の決定について

年 月 日付けで請求のあった.....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。

記

- 支 給
- 不 支 給

理 由

受給権者の氏名

1 遺族補償

補償基礎額 円

(1) 遺族補償年金支給金額 円

ア 年金証書の番号 第.....号

イ 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

ウ 支給開始年月 年 月

(2) 遺族補償年金前払一時金支払金額 円

ア 支払の場所及び方法

イ 支払日(振込日) 年 月 日

(3) 遺族補償一時金支払金額 円

ア 支払の場所及び方法

イ 支払日(振込日) 年 月 日

2 その他

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。)の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日)の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

認 定
番 号

葬 祭 補 償 決 定 通 知 書

年 月 日

.....様

上尾市教育委員会...印

葬祭補償の決定について

年 月 日付で請求のあった葬祭補償について、審査の結果、下記のとおり決定したので、通知します。

記

- 支 給
- 不 支 給

理 由

- 1 受給権者の氏名
- 2 支 払 金 額円
- 3 支払の場所及び方法
- 4 支 払 日(振 込 日)年月日
- 5 そ の 他

教示

1 審査請求について

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、上尾市教育委員会に対して審査請求をすることができます。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日。以下同じ。）の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において上尾市を代表する者は、上尾市教育委員会です。

ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決の日）の翌日から起算して1年を経過したときは、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。

第22号様式(第9条関係)

遺族補償年金支給停止申請書

(宛先)上尾市教育委員会 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	年 月 日		

第23号様式(第9条関係)

遺族補償年金支給停止解除申請書

.....(宛先).....上尾市教育委員会..... 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		

第24号様式(第10条関係)

(表)

第 号

上尾市立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償

年 金 証 書

(裏)

〈注 意 事 項〉

- 1 この証書は、上尾市立学校の学校医、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 この補償を受ける権利は、譲渡し、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。
- 3 この証書を亡失したり著しく損傷したときは、再交付を上尾市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。
- 4 あらかじめ上尾市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2月1日から同月末日までの間に、上尾市教育委員会に対し傷病若しくは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。
- 5 この年金を受ける権利を失った場合は、この証書を上尾市教育委員会に返納してください。

受給権者の氏名
.....年.....月.....日生.....

受給権者の住所

補 償 の 種 類

支 給 開 始 年 月年.....月.....

上尾市立学校の学校医、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により上記のとおり支給します。

年 月 日

上尾市教育委員会



第25号様式(第13条関係)

傷病の現状報告書

認定
番号

(宛先)上尾市教育委員会 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
<p>(報告者の氏名)</p> <p>.....については上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療機関の { 所在地 名 称 医師 氏名</p>

第26号様式(第13条関係)

障 害 の 現 状 報 告 書

認 定
番 号

.....(宛先)

.....上尾市教育委員会

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)

第27号様式(第13条関係)

遺族の現状報告書

認定
番号

.....(宛先).....

.....上尾市教育委員会.....

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

報告者の住所.....

ふりがな

氏 名.....

1 死亡学校医等の
氏 名

(死亡年月日 年 月 日)

2	氏 名	生年月日	住 所	死亡学校 医等との 続 柄	障 害 有 無
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					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	

※ 支給 免責 政令附則第2条の
支給停止 前払一時金
所在不明

※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

診療機関の { 所在地
 { 名 称
 { 医師 氏名