様式第５号（第４条関係）

学校医等公務災害補償傷病補償請求書

請求第　回目（同一傷病についての請求回数）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 八頭町教育委員会　様 | 請求年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 請求者の住所及び氏名 |  |
| 下記の傷病補償を請求します。 |
| ㊞ |
| １ | 学校医等の所属学校名 |  | 医師、歯科医師又は薬剤師としてのそれぞれの経験年数 |  | 氏名及び生年月日 | 年　　月　　日生 |
| いた学校長の証明所属又は所属して | ※業務上の疾病細分番号 |  | 負傷又は発病年月日 | 　　年　　月　　日 | 性別 | 男　女 |
| 傷病補償を受けるべき事由の生じた年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 　上記事項は、事実と相違ないことを証明します。　　　　　　年　　月　　日学校長　氏名　　　　　　　　　　 |
| ２　医師の意見 | 傷病名、傷病の部位又はその程度 |  |
| 障害状況の詳細（図で示すことができれば図解する。） |  |
| 傷病の経過の概要 | 　　　年　　月　　日　　　　　治癒、転医、現在継続中 |
| 上記の者は、上記のとおり障害があるものと認めます。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　医療機関の　名称　　　　　　　　　　　　　職名及び氏名　　　　　　　　　　㊞ |
| ３ | 障害等級 | 第　　　　　級 |
| ４ | 傷病補償請求金額 | （補償基礎額）　（倍数）　　　　　　　×　　　　　　　＝　　　　　　　円 |
| ５ | 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。 |
| ※受理年月日 |  | ※決定年月日 |  | ※支払年月日 |  | ※No.　　　 |

備考　１　請求者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。

２　障害状況の詳細について記載欄が不足するときは、適宜別紙に記載し、添付すること。なお、障害が外部から明らかに認められないときは、レントゲンフィルム又は写真を添付すること。

３　「５　厚生年金保険法等の適用」の欄は、請求者が厚生年金保険法、国民年金法又は船員保険法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令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若しくは船員保険法の障害年金又は国民年金法の障害年金（障害福祉年金を除く。）の給付を受けている場合には、その年金の種類、年額及び支給開始年月、年金証書の記号及び番号、所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。