様式第８号（第４条関係）

（表面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 学校医等公務災害補償遺族補償年金（遺族補償年金前払一時金）請求書 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 下記の遺族補償年金を請求します。 | | | | | | |
| ㊞ | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 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ぞれぞれの経験年数 | | | | | | |  | | | | | 死亡者氏名及び生年月日 | | | 年　月　日生 | | |
| 所属学校長の証明 | | ※業務上疾病の細分番号 | | |  | | | | | | | 性別 | | | | | 男　　　　　女 | | | | | | | |
| 負傷又は発病の年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | 死亡年月日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 上記に記載した事項は、事実と相違ないことを証明します。  　　　　　　年　　月　　日  学校長　氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ２ | 請求の事由 | | | □学校医等の死亡　　□先順位者の失権　　□胎児であった子の出生　　□先順位者の所在不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 住所 | | | | | | | 死亡学校医等との続柄 | | | | | | | | 備考 |
| とができる遺族  償年金を受けるこ  請求者及び遺族補 | |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| ４ | | 氏名 | | | | 生年月日 | | | 住所 | | | | | | | 死亡学校医等との続柄 | | | | | | | | 備考 |
| けている者  償年金を受  既に遺族補 | |  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  |
| ５ | 遺族補償年金請求年額計算 | | | | | （補償基礎額）×365×（遺族の人数の区分に応ずる率）×  ＝　　　　　　　　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を選任しない場合 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者を選任した場合 | | | | | （５の請求金額）×（請求者の数）  ＝　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 遺族補償年金前払一時金請求額 | | | | | □請求する  □請求しない | | | | | （補償基礎額）×  ＝　　　　　　　　円 | | | | | | | | | | | | | |
| ８ | 厚生年金保険法等の適用 | | | | | □　　　　　　の被保険者であった。  □被保険者でなかった。 | | | | | | | | | 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 | | | | | | |  | | | ※  No. | |

（裏面）

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　「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、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　「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　「８　厚生年金保険法等の適用」の欄は、死亡学校医等が厚生年金保険法、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若しくは船員保険法の遺族年金又は国民年金法の母子年金（母子福祉年金を除く。）、準母子年金（準母子福祉年金を除く。）、遺児年金若しくは寡婦年金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。

５　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はない。

(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及びその死亡が公務上の事由による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、本籍及び学校医等との続柄に関する市町村長又は区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)　遺族補償年金を受けるべき者が障害の状態にある妻又は八頭町立学校の学校医、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３条において例によることとされる公立学校の学校医、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第８条第１項第４号に掲げる者であるときは、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のできる書類

(７)　災害が第三者の行為によって生じたものであるときは、その事実並びに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

(８)　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