

大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則

平成27年3月30日規則第66号

最終改正：令和2年7月20日

目次

- 第1章 総則（第1条—第6条）
- 第2章 補償及び福祉事業（第7条—第23条）
- 第3章 審査会（第24条・第25条）
- 第4章 雑則（第26条—第30条）

附則

第1章 総則

（目的）

第1条 この規則は、大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例（平成27年条例第40号。以下「条例」という。）の施行について、必要な事項を定めることを目的とする。

（就業の場所から勤務場所への移動等）

第2条 条例第3条第1項第2号の組合規則で定める就業の場所から勤務場所への移動は、次に掲げる移動とする。

- (1) 1の勤務場所から他の勤務場所への移動
- (2) 次に掲げる就業の場所から勤務場所への移動
 - ア 労働者災害補償保険法（昭和22年法律第50号）第3条第1項の適用事業に係る就業の場所
 - イ 国家公務員災害補償法（昭和26年法律第191号）第1条第1項に規定する職員の勤務場所
 - ウ その他勤務場所並びにア及びイに掲げる就業の場所に類するもの

2 条例第3条第1項第2号の組合規則で定める職員に関する法令の規定は、次に掲げる規定とする。

- (1) 地方公務員法（昭和25年法律第261号）第38条第1項

(2) 前号に掲げる法令の規定に類する法令の規定

- 3 条例第3条第1項第3号の組合規則で定める要件は、同号に掲げる移動が、単身赴任手当の支給を受ける地方公務員災害補償法（昭和42年法律第121号。以下「法」という。）第2条第1項に規定する職員との均衡上必要があると認められる職員により行われるものであることとする。

(日常生活上必要な行為)

第3条 条例第3条第2項ただし書の日常生活上必要な行為であって組合規則で定めるものは、次に掲げる行為とする。

(1) 日用品の購入その他これに準ずる行為

(2) 学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条に規定する学校において行われる教育、職業能力開発促進法（昭和44年法律第64号）第15条の7第3項に規定する公共職業能力開発施設において行われる職業訓練その他これらに準ずる教育訓練であって職業能力の向上に資するものを受ける行為

(3) 病院又は診療所において診察又は治療を受けることその他これに準ずる行為

(4) 選挙権の行使その他これに準ずる行為

(5) 負傷、疾病又は老齢により2週間以上の期間にわたり日常生活を営むのに支障がある配偶者（婚姻の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者を含む。以下この号において同じ。）、子、父母、配偶者の父母及び次に掲げる者（イに掲げる者にあつては、職員と同居しているものに限る。）の介護（継続的に又は反復して行われるものに限る。）

ア 孫、祖父母及び兄弟姉妹

イ 職員との間において事実上子と同様の関係にあると認められる者及び職員又は配偶者との間において事実上父母と同様の関係にあると認められる者

(災害の報告)

第4条 職員について、公務又は通勤により生じたと認められる災害が発生し

た場合は、事務局長は、その指定する職員又は災害を受けた職員に、公務災害発生届又は通勤災害発生届（第1号様式）を速やかに実施機関に提出させなければならない。死亡した職員の遺族からその災害が公務又は通勤により生じた旨の申出があった場合も、同様とする。

（認定及び通知）

第5条 実施機関は、前条の規定による届を受理したときは、公務災害補償等認定委員会（以下「認定委員会」という。）の意見を聴いて、その災害が公務又は通勤により生じたものであるかどうかの認定を行い、公務又は通勤により生じたものであると認定したときは、速やかに補償を受けるべき者に公務災害補償通知書又は通勤災害補償通知書により通知しなければならない。

2 実施機関は、前条の規定による報告に係る災害が公務により生じたもの又は通勤により生じたもののいずれでもないとして認定したときは、次に掲げる事項を記載した書面により、災害を受けた職員又は死亡した職員の遺族にその旨を通知しなければならない。

- (1) 実施機関の長の職氏名
- (2) 被災職員の氏名
- (3) 傷病名
- (4) 災害発生年月日
- (5) 公務上の災害又は通勤による災害でないと認定した理由

（認定委員会）

第5条の2 認定委員会は、委員長が招集する。

2 認定委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができない。

3 認定委員会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、委員長は、委員として議決に加わる権利を有する。

4 前項の場合において、可否同数のときは、委員長が決する。

5 委員長は、会議録を調製し、開会の日時及び場所、出席委員の氏名、議事

の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。

6 前各項に定めるもののほか、認定委員会に関し必要な事項は、認定委員会
が定める。

(年金たる補償等に係る補償基礎額の最低限度額及び最高限度額)

第6条 条例第6条第1項の傷病補償年金、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。)及び条例第7条第1項の休業補償に係る補償基礎額(条例第5条に規定する補償基礎額をいう。以下同じ。)の組合規則で最低限度額として定める額及び最高限度額として定める額は、別表のとおりとする。

第2章 補償及び福祉事業

(療養の方法)

第7条 条例第9条の規定による療養補償としての療養は、管理者の指定する病院若しくは診療所若しくは薬局(以下「指定医療機関」という。)又は管理者の指定する訪問看護事業者(居宅を訪問することによる療養上の世話又は必要な診療の補助の事業を行う者をいう。以下同じ。)において行う。

(給与その他の収入の一部を受けない場合における休業補償)

第8条 職員が公務上負傷し、若しくは疾病にかかり、又は通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、療養のため、勤務その他の業務の全部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額の100分の60に相当する額に満たないときは当該満たない額に相当する金額、勤務その他の業務の一部について従事することができない場合において職員の受ける給与その他の収入の額が補償基礎額(当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、条例第7条第1項の規定により組合規則で最高限度額として定める額(以下この条において「最高限度額」という。))を補償基礎額とすることとされている場合にあつては、同項の規定の適用がないものとした場合における補償基礎額)に満たないときは当該満たない額(当該療養の開始後1年6月を経過している場合において、当該満たない額

が最高限度額を超える場合にあつては、当該最高限度額)の100分の60に相当する金額を休業補償として支給する。

(休業補償を行わない場合)

第9条 条例第10条ただし書の組合規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。

- (1) 懲役、禁錮若しくは拘留の刑の執行のため若しくは死刑の言渡しを受けて刑事施設(少年法(昭和23年法律第168号)第56条第3項の規定により少年院において刑を執行する場合における当該少年院を含む。)に拘置されている場合、労役場留置の言渡しを受けて労役場に留置されている場合又は法廷等の秩序維持に関する法律(昭和27年法律第286号)第2条の規定による監置の裁判の執行のため監置場に留置されている場合
- (2) 少年法第24条の規定による保護処分として少年院若しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合又は売春防止法(昭和31年法律第118号)第17条の規定による補導処分として婦人補導院に収容されている場合

(介護補償に係る障害等)

第10条 条例第14条に規定する組合規則で定める障害は、法第30条の2第1項の総務省令で定める障害とする。

2 条例第14条に規定する組合規則で定める金額は、法第30条の2第1項の総務大臣が定める金額とする。

3 条例第14条第3号に規定する組合規則で定める施設は、法第30条の2第1項第3号の総務大臣が定める施設とする。

(葬祭補償の額)

第11条 条例第19条に規定する組合規則で定める金額は、315,000円に補償基礎額の30倍に相当する金額を加えた金額とする。

(補償の請求方法)

第12条 補償(現に受けている補償の額の変更を含む。)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、第2号様式から第11号様式までによる補償請求書を、職員の勤務する所属（職員が死亡し、又は離職した場合には、その死亡又は離職の直前に勤務した所属）の長を経由して実施機関に提出しなければならない。ただし、第7条に規定する指定医療機関又は訪問看護事業者において療養を受ける場合の療養補償については、この限りでない。

（遺族補償年金の請求の代表者）

第13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しなければならない。ただし、世帯を異にするなどやむを得ない事情のため、代表者が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、速やかに書面でその旨を実施機関に届け出なければならない。この場合には、あわせて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提出しなければならない。

（補償の支給方法）

第14条 実施機関は、第12条の補償請求書を受理した場合には、これを審査し、補償に関する決定を行い、速やかに請求者に書面でその決定に関する通知を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15条 条例第20条において例によることとされる法第35条第1項又は第2項の規定により遺族補償年金の支給の停止又はその解除を申請する者は、遺族補償年金支給停止申請書又は遺族補償年金停止解除申請書（遺族補償年金の支給停止の解除を申請する場合にあっては、遺族補償年金停止解除申請書及び年金証書）を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、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)

第16条 実施機関は、年金たる補償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、第12号様式による年金証書を交付しなければならない。

2 実施機関は、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、当該証書と引換えに新たな証書を交付しなければならない。

3 実施機関は、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17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、証書再交付請求書に亡失の理由を明らかにすることができる書類又は損傷した証書を添えて、証書の再交付を実施機関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証書を発見したときは、速やかにこれを実施機関に返納しなければならない。

第18条 年金証書の交付を受けた者又はその遺族は、当該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実施機関に返納しなければならない。

(定期報告)

第19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、別記第13号から第15号までの様式により、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する報告書を実施機関に提出しなければならない。ただし、実施機関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20条 年金たる補償を受ける者は、次の各号に掲げる場合には、遅滞なく、その旨を実施機関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権利を有する者にあつては、次に掲げる場合
 - ア その負傷又は疾病が治った場合
 - イ その傷病の程度に変更があつた場合
 - (3) 障害補償年金を受ける権利を有する者にあつては、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権利を有する者にあつては、次に掲げる場合
 - ア 条例第17条第1項（同項第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
- 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、その旨を実施機関に届け出なければならない。
- 3 前2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実施機関に提出しなければならない。

（福祉事業の種類）

第21条 条例第21条第1項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 外科後処置に関する事業
- (2) 補装具に関する事業
- (3) リハビリテーションに関する事業
- (4) アフターケアに関する事業
- (5) 休業援護金の支給
- (6) 在宅介護を行う介護人の派遣に関する事業
- (7) 奨学援護金の支給
- (8) 就労保育援護金の支給
- (9) 傷病特別支給金の支給
- (10) 障害特別支給金の支給

- (11) 遺族特別支給金の支給
- (12) 障害特別援護金の支給
- (13) 遺族特別援護金の支給
- (14) 傷病特別給付金の支給
- (15) 障害特別給付金の支給
- (16) 遺族特別給付金の支給
- (17) 障害差額特別給付金の支給
- (18) 長期家族介護者援護金の支給

2 条例第21条第2項の福祉事業の種類は、次のとおりとする。

- (1) 公務上の災害の防止に関する活動を行う団体に対する援助に関する事業
 - (2) 公務上の災害を防止する対策の調査研究に関する事業
 - (3) 公務上の災害を防止する対策の普及及び推進に関する事業
- (福祉事業の実施)

第22条 実施機関は、福祉事業を行うに当たっては、その内容について管理者と協議しなければならない。

(福祉事業の申請等)

第23条 第21条第1項の福祉事業を受けようとする者は、実施機関の定めるところにより、申請書を実施機関に提出しなければならない。

2 実施機関は、前項の申請書を受理したときは、速やかに申請者に対し、承認するかどうかを通知しなければならない。

第3章 審査会

(審査会の招集等)

第24条 公務災害補償等審査会（以下「審査会」という。）は会長が招集する。

2 審査会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、及び議決することができない。

3 審査会の議事は、出席委員の過半数で決する。この場合においては、会長は、委員として議決に加わる権利を有する。

- 4 前項の場合において、可否同数のときは、会長が決する。
- 5 会長は、会議録を調製し、開会の日時及び場所、出席委員の氏名、議事の要領、議決した事項その他必要と認める事項を記載しなければならない。
- 6 前各項に定めるもののほか、審査会に関し必要な事項は、審査会が定める。
(審査の申立て)

第25条 補償の実施について不服がある者が条例第22条第1項の規定により審査を申し立てようとするときは、これを書面でしなければならない。

- 2 前項の書面（以下「審査申立書」という。）には、次に掲げる事項を記載し、審査を申し立てようとする者が記名押印して、正副2通を、書類、記録その他の資料を添えて審査会に提出しなければならない。
 - (1) 災害を受けた者の氏名、住所、生年月日、災害発生当時の職、所属等
 - (2) 申立人が災害を受けた職員以外の者であるときは、その氏名、住所及び生年月日並びにその職員との続柄又は関係
 - (3) 補償に関する実施機関の措置
 - (4) 申立ての趣旨
 - (5) 代理人を選任したときは、その者の氏名、住所及び職業
 - (6) 請求の年月日
- 3 審査申立書の記載事項に変更を生じた場合には、請求者は、その都度その旨を速やかに審査会に届け出なければならない。

第4章 雑則

(第三者の行為による災害についての届出)

第26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、補償を受けようとする者は、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、実施機関に届け出なければならない。

(旅費の支給)

第27条 条例第24条第1項の規定により出頭した者に対する旅費の支給につい

ては、組合の機関の求めにより出頭した証人、関係人等の実費弁償に関する条例（平成27年条例第37号）の定めるところによる。

（審査の申立ての教示）

第27条の2 実施機関は、条例又はこの規則に基づく補償に関する通知をするときは、第25条に定めるところにより審査の申立てをすることができる旨を教示するものとする。

（事務局長の措置）

第28条 補償を受けようとする者が、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、事務局長は、その手続を行うことができるよう必要な措置を講じなければならない。

2 前項の規定は、第21条第1項の福祉事業を受けようとする者について準用する。

（記録簿）

第29条 実施機関は、災害補償記録簿及び福祉事業記録簿並びに年金記録簿を備え、必要な事項を記入しなければならない。

（施行の細目）

第30条 様式その他この規則の施行に関し必要な事項は、事務局長が定める。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行し、平成27年2月2日から適用する。
- 2 第11条の規定による金額が補償基礎額の60倍に相当する金額に満たないときは、条例第19条に規定する組合規則で定める金額は、当分の間、第11条の規定にかかわらず、補償基礎額の60倍に相当する金額とする。
- 3 条例附則第4条第1項の規定による障害補償年金前払一時金の支給に係る申出は、障害補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、既に障害補償年金の支払があった場合であっても、実施機関の行う当該障害補償年金の支給の決定に関する通知があった日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

- 4 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。
- 5 障害補償年金前払一時金の額は、当該障害補償年金前払一時金に係る障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額（当該障害補償年金が、条例第20条において例によることとされる法第29条第6項の規定によるものである場合（次項において「障害加重の場合」という。）にあつては、次項に定める額。以下「障害補償年金前払一時金の限度額」という。）又は障害補償年金前払一時金の限度額の範囲内で、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうちから当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。ただし、附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の1,200倍、1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、当該障害補償年金に係る障害等級に応じ、それぞれ障害補償年金前払一時金の限度額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該障害補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該障害補償年金を受ける権利を有する者が選択した額とする。
- 6 障害加重の障害補償年金に係る障害補償年金前払一時金の限度額は、次の各号に定める場合の区分に応じ、当該各号に定める額とする。
 - (1) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第7級以上の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額から、加重前の障害等級に応じそれぞれ同表の右欄に掲げる額を差し引いた額
 - (2) 加重前の障害の程度が条例別表第2に定める第8級以下の障害等級に該当する場合 加重後の障害等級に応じそれぞれ条例附則第3条第1項の表の右欄に掲げる額に、当該障害補償年金に係る地方公務員災害補償法施行規則（昭和42年自治省令第27号）第27条の規定の例による金額を当該障害補償年金に係る加重後の障害の程度に応ずる条例第12条の規定による金額で除して得た数を乗じて得た額

7 条例附則第4条第3項の規定により障害補償年金の支給が停止される期間は、当該障害補償年金を支給すべき事由の生じた日の属する月の翌月（附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、当該申出が行われた日の属する月の翌月）から、次に掲げる額の合計額が障害補償年金前払一時金の額に達するまでの間とする。

(1) 障害補償年金前払一時金が支給された月後の最初の障害補償年金の支払期月から1年を経過する月（次号において「1年経過月」という。）以前の各月に支給されるべき障害補償年金の額（附則第3項ただし書の規定による申出が行われた場合には、当該申出が行われた日の属する月以前の期間に係る障害補償年金の額を除く。）

(2) 1年経過月後各月に支給されるべき障害補償年金の額を負傷の原因である事故の発生日又は診断によつて疾病の発生が確定した日における法定利率にその経過した年数（当該年数に1未満の端数を生じたときは、これを切り捨てる。）を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

8 前項の規定による障害補償年金の支給の停止が終了する月に係る障害補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該障害補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額（以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。）を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該障害補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に前項第2号に規定する法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該障害補償年金の額から差し引いた額とする。

9 条例附則第5条第1項の規定による遺族補償年金前払一時金の支給に係る申出は、遺族補償年金の最初の支払に先立ってしなければならない。ただし、

既に遺族補償年金の支払があった場合であっても、実施機関の行う当該遺族補償年金の支給の決定に関する通知があった日の翌日から起算して1年を経過する日までの間は、当該申出をすることができる。

- 10 前項の申出は、同一の災害につき2回以上行うことができない。
- 11 第13条の規定は、遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときにおける遺族補償年金前払一時金の請求及び受領について準用する。
- 12 遺族補償年金前払一時金の額は、補償基礎額の1,000倍、800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、当該遺族補償年金前払一時金に係る遺族補償年金を受ける権利を有する遺族（前項の規定により代表者が選任された場合には、当該代表者。以下この項において同じ。）が選択した額とする。ただし、附則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合には、補償基礎額の800倍、600倍、400倍又は200倍に相当する額のうち、補償基礎額の1,000倍に相当する額から当該申出が行われた日の属する月までの期間に係る当該遺族補償年金の額の合計額を差し引いた額を超えない範囲内で当該遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が選択した額とする。
- 13 遺族補償年金を受ける権利を有する遺族が2人以上あるときは、遺族補償年金前払一時金の額は、前項の規定にかかわらず、同項に規定する額をその人数で除して得た額とする。
- 14 条例附則第5条第3項の規定により遺族補償年金の支給が停止される期間は、当該遺族補償年金を支給すべき事由の生じた日（附則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日）の属する月の翌月から、次に掲げる額の合計額が遺族補償年金前払一時金の額に達するまでの間とする。
 - (1) 遺族補償年金前払一時金が支給された月後の最初の遺族補償年金の支払期月から1年を経過する月（次号において「1年経過月」という。）以前の各月に支給されるべき遺族補償年金の額（附則第9項ただし書の規定による申出が行われた場合にあっては、当該申出が行われた日の属する月

以前の期間に係る遺族補償年金の額を除く。)

- (2) 1年経過月後各月に支給されるべき遺族補償年金の額を死亡の原因である事故の発生日又は診断によつて疾病の発生が確定した日における法定利率にその経過した年数(当該年数に1未満の端数を生じたときは、これを切り捨てる。)を乗じて得た数に1を加えた数で除して得た額

15 前項の規定による遺族補償年金の支給の停止が終了する月に係る遺族補償年金の額は、当該終了する月が、同項に規定する支払期月から起算して1年以内の場合にあつては、当該遺族補償年金前払一時金の額から同項の規定により各月に支給されるべき当該遺族補償年金の額の全額につき支給が停止される期間に係る同項の規定による合計額(以下この項において「全額停止期間に係る合計額」という。)を差し引いた額、当該支払期月から起算して1年を超える場合にあつては、当該遺族補償年金前払一時金の額から全額停止期間に係る合計額を差し引いた額に前項第2号に規定する法定利率に当該終了する月の同項に規定する経過年数を乗じて得た数に1を加えた数を乗じて得た額を、それぞれ当該終了する月に支給されるべき当該遺族補償年金の額から差し引いた額とする。

16 実施機関は、条例附則第3条第3項及び附則第5条第3項の支給停止期間が満了したときは、速やかに当該支給停止に係る障害補償年金又は遺族補償年金を受ける権利を有する者に対して、その旨を通知しなければならない。

17 年金たる補償を受ける者は、当該補償の事由となった傷病、身体障害又は死亡について条例附則第8条第1項に掲げる年金給付が支給されることとなった場合、その給付の額が変更された場合又はその支給を受けられなくなった場合には、その事実を明らかにすることができる書類を添えて、速やかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

附 則 (平成31年2月22日規則第4号)

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

附 則 (令和元年7月23日規則第1号)

この規則は、令和元年10月1日から施行する。

附 則（令和2年2月20日規則第2号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則別表の規定は、この規則の施行の日以後の期間に係る傷病補償年金、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。）に係る補償基礎額（大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例（平成27年条例第40号）第5条に規定する補償基礎額をいう。以下同じ。）及び同日以後に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額について適用し、同日前の期間に係る年金たる補償に係る補償基礎額及び同日前に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額については、なお従前の例による。

附 則（令和2年7月20日規則第12号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例施行規則別表の規定は、この規則の施行の日以後の期間に係る傷病補償年金、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。）に係る補償基礎額（大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例（平成27年条例第40号）第5条に規定する補償基礎額をいう。以下同じ。）及び同日以後に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額について適用し、同日前の期間に係る年金たる補償に係る補償基礎額及び同日前に支給すべき事由が生じた休業補償に係る補償基礎額については、なお従前の例による。

別表（第6条関係）

年齢階層	最低限度額	最高限度額
20歳未満	4,981円	13,342円
20歳以上25歳未満	5,543円	13,342円

25歳以上30歳未満	6,051 円	14,157 円
30歳以上35歳未満	6,475 円	17,104 円
35歳以上40歳未満	6,783 円	19,320 円
40歳以上45歳未満	7,031 円	21,235 円
45歳以上50歳未満	7,086 円	23,266 円
50歳以上55歳未満	6,995 円	25,503 円
55歳以上60歳未満	6,543 円	25,515 円
60歳以上65歳未満	5,315 円	20,511 円
65歳以上70歳未満	3,970 円	14,980 円
70歳以上	3,970 円	13,342 円

第1号様式（第4条関係）

公務災害発生届
通勤災害発生届

		認定番号	
実施機関の職及び氏名.....様		届出 年月日 年 月 日	
次のとおり事故が発生しましたので届けます。		届出者の 所属..... 住所..... ふりがな 氏名印.....	
1 被災 職員 に関 する 事項	所属	職種	
	住所	氏名 年 月 日生(歳)	
2	災害発生 の日時 年 月 日(曜日) 時 分	3	災害発生 の場所
4	傷病名	5	傷病の部位及 びその程度
6 災害発生状況・原因			
7 添付する書類その他の資料名			

上記事故は 公務 による災害と認められるので届
通勤 けます。

決 裁	事 務 局 長	部 長	課 長	係 長	係 員

実施機関記入欄	
受理	年 月 日
決定	年 月 日
公務上 通勤災害該当	公務外 非該当

第2号様式（第12条関係）

療 養 の 給 付 請 求 書		認定番号	
実施機関の職及び氏名 .....様 次の指定医療機関等における療養の給付を請求します。		請求年月日 年 月 日 請求者の 住 所 ふりがな 氏 名 印 	
1 被災職員に関する事項	所属		
	職種		
	氏名 年 月 日生(歳)		
	負傷又は発病の年月日 年 月 日		
2 療養を受けようとする指定医療機関等	新	所 在 地	
		名 称	
	旧	所 在 地	
		名 称	
3 添付する書類その他の資料名			




※受理	年 月 日	※決定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給
-----	-----------------	-----	---

〔注意事項〕

- 1 請求者は、※印の項には記入しないこと。
- 2 「2療養を受けようとする指定医療機関等」の項には、請求者が療養を受けようとする指定医療機関等の所在地及び名称を記入し、現在療養を受けている指定医療機関等を変更しようとする場合には、新旧の指定医療機関等の所在地及び名称を記入すること。

第3号様式（第12条関係）

療養補償請求書

		請求回数	第 回
		認定番号	
実施機関の職及び氏名 .....様 次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	.....
		氏名印	.....
1 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支払を請求します。 受任者の住所..... ふりがな..... 氏名印..... 		
2 被災職員に関する事項	所属	職種	
	氏名		
	年 月 日生（ 歳）		
負傷又は発病の年月日		年 月 日	
3 診療費	内訳は「10 医師の証明」項記載のとおり		円
4 看護料	訪問看護	内訳は「11 訪問看護事業者の証明」項記載のとおり	円
	年 月 日から [看護師の資格] 年 月 日まで 日間 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		円
5 移送費	(交通費) から まで <input type="checkbox"/> 片道 キロメートル <input type="checkbox"/> 往復 回		円
	(その他の移送費)		円
6 上記以外の療養費			円
7 療養補償請求金額			円
8 添付する書類その他の資料名			

9 送金希望の場合	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				※支払	年	月	日
		預金名義者				※決定金額	円		

※10 医師の証明										
傷病名		診療費の内訳						1点単位		円
		項目内訳と記入欄							金額 (円)	
傷病の経過	診察	初診								
		再診								
		往診								
		療養指導								
	投薬	内用	普通薬	(薬名及び使用量)						
			特殊薬							
	外用	(種類)								
		(種類)		(回数等)						
	注射		(種類)		(回数等)					
	処置		(処置等)		(回数等)					
	手術		(手術名)		(回数等)(施行年月日)					
	検査		(検査名)		(回数等)					
	レントゲン	透視診断		(フィルムの大きさ枚数等)						
		写真診断								
撮影										
現在の状態 年 月 日		理学療法		(療法名)		(回数等)				
□治ゆ □死亡										

<input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医	その他							
診療期間 年 月 日 から 年 月 日 まで 診療日数 日間	入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで					
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類					
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無					
		寝具その他						
診療費の合計			円					
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 病院又は診療所の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td><td>所在地</td></tr> <tr><td>名称</td></tr> <tr><td>ふりがな</td></tr> <tr><td>医師の氏名印</td></tr> </table>				{	所在地	名称	ふりがな	医師の氏名印
{	所在地							
	名称							
	ふりがな							
	医師の氏名印							

※11 訪問看護事業者の証明		○																																		
傷病名	(訪問看護期間)																																			
傷病の経過	年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回																																			
基本療養費	保健師、看護師、理学療法士、作業療法士 円 × 回 円	指示年月日 年 月 日 主治医への直近報告年月日 年 月 日																																		
	准看護師 円 × 回 円	訪問日 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td></tr> <tr><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td></tr> <tr><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td></tr> <tr><td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
1	2	3	4	5	6	7																														
8	9	10	11	12	13	14																														
15	16	17	18	19	20	21																														
22	23	24	25	26	27	28																														
29	30	31																																		
管理療養費	初日 円 2回目以降 回 円																																			
情報提供療養費	円	提供した情報の概要																																		
		情報提供先の市区町村名																																		
ターミナルケア療養費	死亡年月日 年 月 日 円	(備考)																																		
合計	円																																			

訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名
医療機関の名称
ふりがな
主治医氏名

上記の事項は事実と相違ないことを証明します。

年 月 日

訪問看護事業者の { 所在地
名称
ふりがな
代表者氏名印



〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第4号様式（第12条関係）

休業補償請求書
休業援護金申請書

請求回数	第 回
認定番号	

実施機関の職及び氏名 様 次の休業補償(休業援護金)を請求(申請)します。		請求(申請)年月日 年 月 日 請求(申請)者の住所 ふりがな 氏名印	
1 被災職員に関する事項	所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	補償基礎額 円	負傷又は発病の年月日	年 月 日
2 請求日数 年 月 日から 年 月 日まで のうち 日			
※3 事務局長の証明	1及び2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 所属所在地 所属名称 事務局長氏名印		
4 休業補償請求金額	(補償基礎額) 円 × $\frac{60}{100}$ = 円	(円未満切捨) 円 →	(請求日数) 円 × = 円
5 休業援護金申請金額	(補償基礎額) 円 ×	(請求日数) -	(4の休業補償請求金額) 円 = 円
※6 医師の証明	傷病名	現在の状態 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治ゆ <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つ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 ふりがな 医師の氏名印		
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金 希望 の場 合	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	
		預金名義者	

※受理	年 月 日	
※決定	年 月 日	
※支払	年 月 日	
※決定 金額	休業補償	円
	休業援護金	円

[注意事項]

- 1 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。
- 2 「2 請求日数」の項には、大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例第10条ただし書及び同条例施行規則第9条に該当する日がある場合は、当該日数を控除した日数を記入すること。

第4号様式の2 (第12条関係)

傷病補償年金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名.....様		請求年月日	年 月 日
次の傷病補償年金を請求します。		請求者の 住 所 ふりがな 氏名印	....................
被災 職員 に関 する 事項	1 所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日	年 月 日	傷病等級 該当年月日
2 傷病の名称、部位及びその状態			
3 既存障害とその程度			
4 傷病等級	第 級 号		
5 傷病補償年金請求金額	(年金補償基礎額) (倍数) 円× = 円		
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。		
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金 希望 の場 合	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	
		預金名義者	

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 傷病等級	第 級 号
※ 年金証明 の 番 号	第 号
※ 支給開始 年 月	年 月
※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第5号様式（第12条関係）

障害補償 年金 一時金 請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名		請求年月日	年 月 日
.....様		請求者の 住 所	.....
次の障害補償を請求します。		ふりがな	.....
		氏名印	.....
被災 職員 に 関 する 事 項	1 所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は 発病の年 月日	年 月 日	治ゆ年月日 年 月 日
2 障害の部位及びその程度			
3 既存障害とその程度			
4 障 害 等 級		第 級 号	
5 障 害 補 償 請 求 金 額	年 金	(年金補償基礎額) 円 × (倍数) = 円	
	一 時 金	(補 償 基 礎 額) 円 × (倍数) = 円	
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。	
7 添付する書類その 他の資料名			

8 送金 希望 の 場 合	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		
		預 金 名 義 者		

※ 受 理	年 月 日
※ 決 定	年 月 日
※ 支 払 (一時金の場合)	年 月 日
※ 障 害 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

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第5号様式の2 (第12条関係)

障害補償年金差額一時金請求書


		認定 番号	
実施機関の職及び氏名		請求年月日 年 月 日	
.....様		請求者の住所..... ふりがな	
次の障害補償年金差額一時金を請求します。		氏名印..... 死亡した障害補償年金の受給権者との続柄又は関係.....	
1 死亡した障害補償年金の受給権に関する事項	所属	職種	
	氏名	年 月 日生	
	死亡年月日	年 月 日	年金証書の番号 第 号
	死亡時の障害等級 第 級 号	既存障害とその程度	
2 障害補償年金差額一時金請求額の計算等	受給権者の氏名	死亡職員との続柄又は関係	支給された年金の額の合計 円
			支給された前払一時金の額 円
	(補償基礎額) $\left[\begin{matrix} \text{乗ずべ} \\ \text{き数} \end{matrix} \right] \left[\begin{matrix} \text{支給された年金及び前} \\ \text{払一時金の額の合計} \end{matrix} \right]$		
(円 × -) × $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ =		円	
3 障害補償年金差額一時金の請求金額		円	
4 添付する書類その他の資料名			

5 送金希望の場合	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		※ 支払	年 月 日
		預金名義者		※ 決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第5号様式の3 (第12条関係)

障害補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名.....様		請求年月日	年 月 日
次の障害補償年金前払一時金を請求します。		請求者の 住 所	
		ふりがな	
		氏名印	
1 障 害 等 級	第 級 号		
2 既存障害とその程度			
3 障害補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日		
4 年金証書の番号	第 号		
5 障害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障害補償年金の額の合計額	年 月分から 年 月分まで		円
6 請求者が選択する障害補償年金前払一時金の請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 障害補償年金前払一時金の限度額	(1) 限度額を選択した場合 〔補償基〕〔乗ずべ〕 〔礎額〕〔き数〕 円× = 円	
	<input type="checkbox"/> 1,200倍 <input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍	(2) 限度額以外を選択した場合 〔補償基〕(倍数) 〔礎額〕 円× = 円	
	請求金額		円
7 添付する書類その他の資料名			

8 送金希望の場合	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	
		預 金 名 義	

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

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第6号様式（第12条関係）

障害補償変更請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名 様 次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	
		請求者の年金 証書の番号 第.....号	
		住 所	
		ふりがな	
		氏 名 印	○
1	現在受けている障害補償年金の障害等級	第.....級	号.....
2	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
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	変更後の障害補償請求金額	年 金	(年金補償基礎額) (倍数) .....円 × =円
		一 時 金	(補償基礎額) (倍数) .....円 × =円
6	添付する書類その他の資料名		

※ 受 理	.....年 月 日	※ 変更後の 障害等級	第.....級 号.....
※ 決 定	.....年 月 日 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 不変更	※ 支給開始 年 月	.....年 月
※ 支 払 (一時金の場合)	.....年 月 日	※ 決定金額	<input type="checkbox"/> 年 金 .....円 <input type="checkbox"/> 一時金 .....円

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。

第7号様式（第12条関係）

遺族補償年金請求書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 様 次のとおり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 氏名印 死亡職員との続柄

1 死亡 職員に 関する 事項	所属	職種
	氏名 年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死亡年月日 年 月 日

2 請求の事由 職員の死亡 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 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	年齢	住 所	死亡職員との 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	年齢	住 所	死亡職員との 続 柄	備 考

5 遺族補償年金 請求年額の計算	(年金補償基礎額) (乗すべき数) 円 × $\frac{1}{(\text{受給権者の数})} =$ 円
------------------------	--

6 遺族補償年金 請求金額	受給権者が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の請求年額)(受給権者の数) 円 × = 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。
----------------------	---

8 添付する書類そ の他の資料名	
------------------------	--

9 送金希望の場合	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		
		預金名義者		

※ 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"/> 受給権者が1人の場合又は 代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合 円		

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にはレ印を記入すること。

第8号様式（第12条関係）

遺族補償年金前払一時金請求書

		認定 番号	
実施機関の職及び氏名.....様		請求年月日 年 月 日	
次の遺族補償年金前払一時金を請求します。		請求者(代表者) の住所 ふりがな 氏名印 死亡職員との続柄	
1	遺族補償年金の支給決定に関する通知を受けた年月日	年 月 日	
2	年金証書の番号	第 号	
3	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の合計額	年 月 日から 年 月 日まで 円	
4	代表者の選任等	<input type="checkbox"/> 受給権者が1人の場合又は代表者を選任しない場合 <input type="checkbox"/> 代表者を選任した場合	
5	請求者(代表者)が選択する遺族補償年金前払一時金請求金額の計算等	<input type="checkbox"/> 1,000倍 <input type="checkbox"/> 800倍 <input type="checkbox"/> 600倍 <input type="checkbox"/> 400倍 <input type="checkbox"/> 200倍 補償基礎額の に相当する額	(1) 請求金額 [補償基礎額] (倍数) $\text{円} \times \frac{1}{\text{[受給権者の数]}} = \text{円}$
			(2) 請求金額の合計 [(1)の請求額] [受給権者の数] $\text{円} \times = \text{円}$
6	添付する書類その他の資料名		

7 送金希望の場合	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			※支払	年 月 日
		預金名義者			※決定金額	円

[注意事項] 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第9号様式（第12条関係）

遺族補償一時金請求書

実施機関の職及び氏名.....様 次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 氏名印 死亡職員との続柄又は関係						
1 死亡 職員に 関する 事項	所属		職種					
	氏名 年 月 日生(歳)							
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日						
2 遺族 補償 一時 金請 求金 額の 計算	受給権者 の氏名	生年 月日	年 齢	死亡職員との 続柄又は関係	補償基 礎額	(支給率)	支給された年 金額の総計	
					(円 × 400 × $\frac{\quad}{100}$ - 円)			
					× $\frac{1}{\text{(受給権者の数)}}$ =		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		
				第 号		円		
		第 号		円				
		総 計		円				
3 遺族補償一時金請求金額				円				
4 添付する書類その他の資料名								

5 送金 希望 の場 合	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			※ 支払	年 月 日
		預金 名義者			※ 決定 金額	円

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第10号様式（第12条関係）

葬 祭 補 償 請 求 書

認 定 番 号	
------------	--

実施機関の職及び氏名.....様		請求年月日 年 月 日	
次の葬祭補償を請求します。		請求者の住所	
		ふりがな	
		氏 名 印	
		死亡職員との 続柄又は関係	
1 死亡 職員 に関 する 事項	所属	職種	
	氏名	年 月 日生(歳)	
	負傷又は発 病の年月日 年 月 日	死 亡 年月日 年 月 日	
2 葬 祭 補 償 請 求 金 額 の 計 算	(A) (補償基礎額) 315,000円+ 円×30= 円		
	(B) (補償基礎額) 円×60= 円		
	(C) (A)、(B)のうち高い金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B)		
3	葬 祭 補 償 請 求 金 額	円	
4	添付する書類そ 他の資料名		

5 送 金 希 望 の 場 合	振 込 先	銀行	支店	※受理	年 月 日	
	預 科 金 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 号			※支払	年 月 日
		預 金 名 義 者			※決定 金額	円

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第11号様式（第12条関係）

未支給の補償請求書

実施機関の職及び氏名 様 次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 印 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〕 第 号 〔は年金証書の番号〕
	請求金額	円
3 添付する書類その他の 資 料 名		

4 送金希望の 場合	振 込 先	銀行 支店	※受理	年 月 日	
	預 科 金 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 号		※支払	年 月 日
		預 金 義 者		※決定 金額	円

〔注意事項〕 請求者は、※印の項には記入しないこと。また、該当する□にレ印を記入すること。

第12号様式（第16条関係）

(表)

	第 号
	年 金 証 書

(裏)

受給権者の氏名 _____	
生年月日 _____ 年 月 日	
補償の種類 _____	補償年金 (第 級)
年金の額 _____	円
支給開始年月 _____	年 月
大阪広域環境施設組合非常勤職員公務災害等補償条例の規定により上記のとおり支給します。	
	年 月 日
(実施機関名)	印

第13号様式（第19条関係）

傷病の現況報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 .....様 次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 印.....					
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 号			
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〕	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	
7 添付する書類その他の資料名					

※ 支給 支給停止(免責)

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、傷病補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 3 「4 傷病の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※8 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であると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
ふりがな
医師の氏名印



第14号様式（第19条関係）

障害の現況報告書

認定 番号	
----------	--

実施機関の職及び氏名 .....様 次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 印.....					
1	年金証書の番号	第 号			
2	治 ゆ 年 月 日	年 月 日			
3	障 害 等 級	第 級 号			
4	障害の状況				
5	日常生活の概要				
6	年金の種類 〔障害等級〕	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
	公的 年金の受 給関係	円	第 号	年 月	
		円	第 号	年 月	
7	添付する書類その他の資料名				

※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止(免責)

[注意事項]

- 1 この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。
- 2 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 3 「4 身体障害の状況」の項には、最近1年間について記入すること。
- 4 「5 日常生活の概要」の項には、最近1年間について記入すること。また、この間に退職した場合は、その年月日、理由等を記入すること。

※8 医師の証明（器質的障害のみの場合は、この項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であると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
ふりがな
医師の氏名印



遺族の現状報告書

	認定 番号					
実施機関の職及び氏名 .....様 次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 年金証書の番号 第 号 報告者の住所..... ふりがな 氏 名 印.....						
1 死亡職員の氏名	(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取ることができる遺族	氏 名	生年月日	住 所	死亡職員との続柄	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 〔障害第等級〕	年金の年額	年金証書の記号番号	支給開始年月	所 轄 年 金 等 事 務 所 等	
		円	第 号	年 月		
		円	第 号	年 月		
4 添付する書類その他の資料名						
※ <input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 支給停止 { <input type="checkbox"/> 免責 <input type="checkbox"/> 遺族補償年金前払一時金 <input type="checkbox"/> 所在不明						

〔注意事項〕

- 1 この報告書は、遺族補償年金の受給権者が提出すること。ただし、受給権者が2人以上ある場合で代表者を選任しているときは、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 報告者は、※印の項には記入しないこと。
- 3 「障害の有無」の欄には、該当する箇所を○で囲むこと。
- 4 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取ることができる遺族の氏名及び死亡職員との続柄に関す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取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取ることができる遺族のうち、傷害の状態にある者については、その傷害の状態に関する医師の診断書