

平成 30 年度

消防団員等公務災害補償等
事務処理の手引き

岡山県市町村総合事務組合

目 次

I 公務災害補償関係

○ 公務災害補償の手続について	3
○ 公務災害の認定手続について	4
○ 損害補償費の請求手続について	7
1 損害補償の種類	7
2 提出書類	7
3 事故状況等証明書の記入について	8
4 補償基礎額について	9
5 損害補償費支払請求書の記入について	12
6 療養補償について	13
7 休業補償について	18
8 休業援護金（福祉事業）について	22
○ 自動車等損害見舞金支給事業について	24
(参考) 補償のフローチャート	

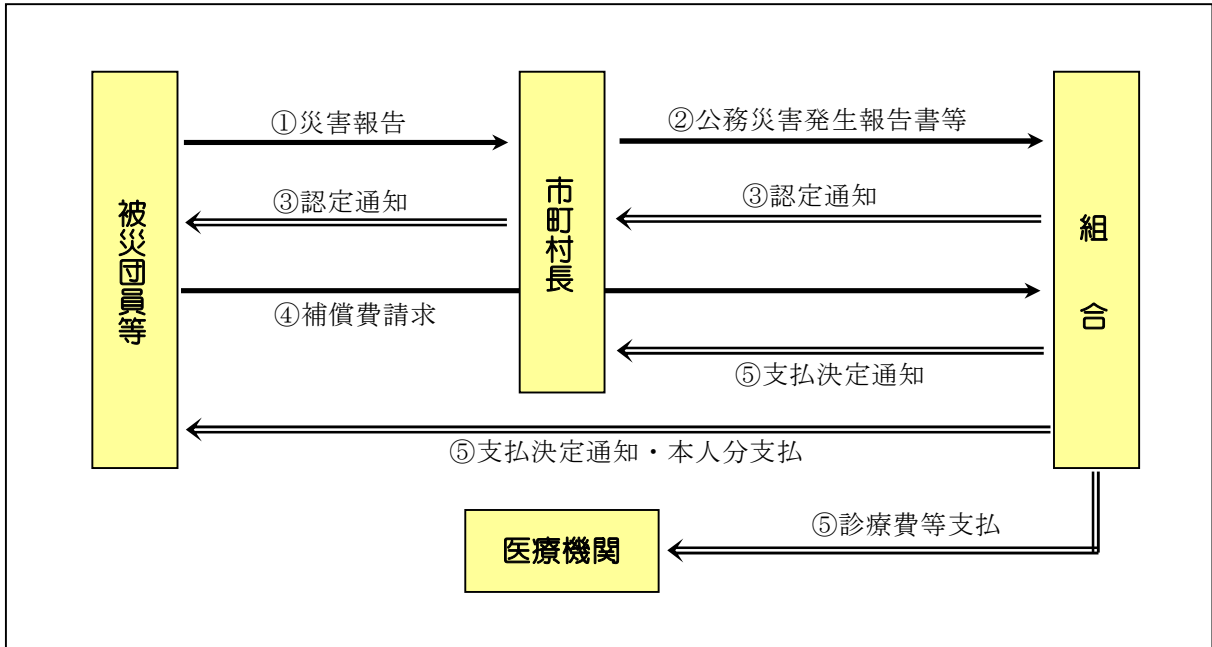
II 退職報償金関係

○ 退職報償金の請求手続について	31
1 提出書類等について	31
2 退職報償金支払請求書の作成について	31
3 個人別調書の作成について	34
4 支給基礎階級の決定について	36
5 支給基礎勤務年数の算定について	38
6 「退職所得の受給に関する申告書」の記入について	40
7 退職報償金口座振込依頼書について	42
8 委任状について	44
9 請求基礎階級にない階級の請求について	46
10 死亡退職の場合の請求について	46
11 再入団をした消防団員の退職報償金の請求について	48
12 違う市町村への消防団員の転出について	49
(参考) 遅延理由書作成例	50
年度別退職報償金支給額	51

I 公務災害補償関係

○ 公務災害補償の手続について

事務手続の流れ



- ① 被災団員等から災害発生の報告を受ける。
- ② 市町村長は、速やかに「公務災害発生報告書」等により組合へ災害発生の報告をする。
- ③ 組合は、市町村長及び被災団員等に公務上外の認定を通知する。
- ④ 組合が公務災害と認定した場合、被災団員等は、市町村長を通じ損害補償費の請求をする。
- ⑤ 組合は、補償の請求内容を審査、算定して支払決定通知及び診療費等の支払をする。

○ 公務災害の認定手続について

1 提出書類

公務による災害が発生した場合、次の書類を提出してください。

- (1) 「消防団員等公務災害発生報告書（様式第 77 号）」
- (2) 「災害発生確認書（様式第 78 号）」
- (3) その他
 - ① 訓練、レクリエーションにおける災害・・・消防団年間行事計画書の写し又は当該計画書の写し等
 - ② 既往歴のある場合・・・・・・・・・・災害と既往歴との因果関係に係る医師の所見書等

※ 診断書は原則不要です。

2 公務災害発生報告書及び災害状況確認書の作成・記入について

「災害発生の原因及び状況」欄については、以下の項目に留意して、事故の発生に至る状況を具体的かつ詳細に記入してください。


- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① どのような場合・場所で、② どのような作業（行動）をしているときに、③ どのような環境（危険な状況）・アクシデントの発生があり、④ どのようにして災害が発生したのか。⑤ 傷病の部位・傷病名 |
|--|

〔記載例 1〕

(様式第 77 号)

消防団員等公務災害発生報告書

※認定
番号

<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤消防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者				
災害を受けた者	住 所	〇〇市〇〇町 128 番地	職 業	会社員
	ふりがな 氏 名	<small>おかやま たろう</small> 岡山 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 昭和 〇 年 7 月 29 日生 (35 歳)
	所 属	〇〇市 消防団 △△ 分団	(階級)	団員
災害発生の日時	平成 〇 年 7 月 4 日 午 <input checked="" type="radio"/> 前 <input type="radio"/> 後 11 時 20 分頃			
災害発生の場所	〇〇市〇〇町256番地〇〇火災現場			
災害発生の原因 及 び 状 況	平成〇年7月4日午後11時頃上記場所で発生の建物 火災において、消火活動中にホースを延長するために走っ ている際に、夜中であったため足下が見えにくく、溝に落ちて右 足首を負傷したもの。			
傷 害 事 故 の 目 撃 者	〇〇分団 分団長 〇 〇 〇 〇			
傷病名・部位 及びその程度	右足関節捻挫	治療見込 日 数	通院 5 日 入院 日	
上記のとおり報告いたします。 平成〇年 7 月 6 日 〇〇市町村長 山 田 乙 良  岡山県市町村総合事務組合管理者 殿				

(注) 1 該当する「□」に✓印を記入すること。

2 災害発生の原因及び状況は、従事した公務又は作業内容の状況を詳細に明記のこと。

3 「災害発生確認書 (様式第 78 号)」を添付すること。

〔記載例 2〕 ※ 「公務災害発生報告書」に添付してください。

(様式第 78 号)

災 害 発 生 確 認 書

災害を受けた者	氏 名	岡山太郎 昭和 ○ 年 7 月 29 日生
	所 属	○○市 消防団 ○○ 分団 (階級) 団員
災害発生日時	平成 ○ 年 7 月 4 日 午 前 ① 11 時 20 分頃	
災害発生場所	○○市○○町256番地○○火災現場	
災害発生の状況等	建物火災において、消火活動中にホースを延長するために走っている際に、夜中であったため足下が見えにくく溝に落ちて右足首を負傷した。	
上記のとおり災害が発生したことを確認いたしました。		
平成○年 7 月 6 日		
消防団名 ○○市消防団		
職・氏名 分団長 ○ ○ ○ ○ ②		
岡山県市町村総合事務組合管理者 殿		

備考 この確認書は、災害発生場所にいた事実を確認できる消防団幹部により記載すること。

○ 損害補償費の請求手続について

1 損害補償の種類

公務上の災害によって生じた損害を補てんする損害補償の種類は次のとおり。

補償の種類		補 償 事 由
療養補償		負傷または疾病の療養をするとき
休業補償		療養のため勤務その他の業務に従事できない場合で、給与等が得られないとき
傷病補償年金		1年6ヶ月を超えて療養し、一定の障害の状態にあるとき
障害補償	年金	障害等級の1級から7級までに該当する障害が残ったとき
	一時金	障害等級の8級から14級までに該当する障害が残ったとき
介護補償		一定の障害により常時又は随時介護を受けているとき
遺族補償	年金	死亡した場合で、受給資格を有する遺族がいるとき
	一時金	死亡した場合で、年金の受給資格を有する遺族がいないとき又は途中で受給資格を失ったとき
葬祭補償		死亡した場合で、葬祭を行うとき

2 提出書類

① 事故状況等証明書（2部）

※ 証明書中の市町村長氏名印記入欄は1部に記入し、1部は空白のこと。

② 損害補償費支払請求書

③ 療養補償費内訳書

④ 診療費請求明細書

⑤ 休業補償費内訳書（休業補償が発生した場合のみ）

⑥ 休業援護金請求書（ ” ） 消防団員のみ対象

3 事故状況等証明書の記入について

事故状況証明書は、初回請求時のみ提出してください。

〔記載例3〕

別記様式第3号

事故状況等証明書

〇〇年7月10日

消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 殿 下記事項は事実と相違ないことを証明します。		都道府県 岡山 市町村 長門市 組合管理者 山田乙郎		長門市印		
非常勤消防団員等	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者				
	住所	〇〇市〇〇町128番地		氏名	岡山太郎 男・女	
	職業名(詳細に)	〇〇工務店勤務		生年月日	明・大・昭〇〇年7月29日(35歳)	
事故	発生の場所	〇〇市〇〇町32番地〇〇マンション		発生日時	〇〇年7月4日 午前9時30分 午後	
	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 消火 <input type="checkbox"/> 水防 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> 整備補修 <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 消火往復路 <input type="checkbox"/> その他				
発生の原因・状況	被災者は、建物火災において消火活動中にホースを延長するため走っている際に、夜中であったため足下が見えにくく溝に落ちて右足首を負傷したものの					
補償基礎額等	補償基礎額	9,350円		氏名	続柄	
	基礎額	階級	団員	8,800円	岡山花子	妻
		勤務年数	4.3年		岡山大介	長男
	扶養加算額(特例加算)	扶養	217円×1人=217円		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
		加算額	333円×1人=333円		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
			円×人=円		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
円×人=円		円		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
※消防作業従事者等の過去1年の収入金額(休業補償費を請求する場合は、別記様式第3号の2を添付して下さい。)						
消防団員又は水防団員としての任免履歴	階級	期間		階級	期間	
	団員	〇〇年4月1日～年 月 日			年 月 日～年 月 日	
		年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日	
		年 月 日～年 月 日			年 月 日～年 月 日	
		年 月 日～年 月 日		上記のとおり在職していたことを証明します。 平成〇〇年7月10日 消防(水防)団の名称 職名 〇〇市消防団 氏名 団長 〇〇〇〇		
		年 月 日～年 月 日		長門市消防団印		
※補償基礎額		円		※決定	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	

注1) 市町村長氏名印記入欄は、1部に記入、1部は空白のものを提出してください。

注2) 休業補償が発生した場合のみ記入してください。

4 補償基礎額について

補償基礎額とは、療養補償及び介護補償を除く損害補償等の算定の基礎となるもので、基礎額と扶養加算額とで構成されている。

(1) 基礎額

① 団員

団員の基礎額は、災害が発生した日（その災害により階級が特進したときは、その日の前日）において、その者が属していた階級と勤務年数とによって定められている。具体的には、次表のとおりである。（平成30年4月1日現在）

（単位：円）

階 級	勤 務 年 数		
	10年未満	10年以上20年未満	20年以上
団 長 ・ 副 団 長	12,400	13,300	14,200
分 団 長 ・ 副 分 団 長	10,600	11,500	12,400
部 長 ・ 班 長 ・ 団 員	8,800	9,700	10,600

なお、この「階級」及び「勤務年数」の取扱いは、次のとおりである。

ア 階級は、「団長・副団長」、「分団長・副分団長」及び「部長・班長・団員」の三区分に分け、各区分内の階級はそれぞれ同一階級とみなす。

イ 勤務年数は、災害発生日に属していた階級に任命された日以前における当該階級と同一以上の階級の期間とを合算した年数をいう。

② 民間協力者

民間協力者の基礎額は、次のとおりである。

ア 原則として、8,800円

イ ただし、通常得ている収入日額がアの額を超える場合は、14,200円を限度とした範囲内の収入日額

（注）この収入日額は、災害が発生した日前1年間におけるその者が得た年収額を365日で除して得た平均収入日額（その額に円未満の端数が生じた場合は、1円に切り上げた額）である。なお、年収額の取扱いは、次に掲げるとおりである。

a 給与所得者の場合

災害発生日の属する月の前月から遡及して1年間に得た給与（賞与を含む。）総額

b 農業等個人営業に従事している者の場合

災害発生日の属する年の前年における所得税算出の基礎となった所得金額

〔記載例 4〕 ※民間協力者の場合で休業補償が発生したときに添付してください。

別記様式第 3 号の 2

消防作業従事者等の過去 1 年間の収入金額票

勤務していた場合			勤務していなかった		
支払対象者の氏名	岡山次郎		収入のあった年	年分	
給与等の支払期間	〇〇年7月から〇〇年6月までの1年間		収入	種別	金額
給与等	種別	金額			円
	給与	4,000,000 円			円
		円			円
		円	計	円	
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 〇〇 年 8 月 1 日 使用主の { 所在地 〇〇市本町128番地 名称 (有)ニコニコ自動車販売 責任者氏名 代表取締役 〇〇〇〇 ①			上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 都道府県市町村長氏名		

〔注意事項〕

- この収入金額票は、消防作業従事者等が休業補償費を請求する場合において、別記様式第 3 号の 1 の事故状況等証明書に添付すること。
- 過去 1 年間の収入金額は、消防作業従事者等の死亡若しくは負傷の原因である事故が発生した日又は診断によって死亡の原因である疾病の発生が確定した日前 1 年間におけるその者が得た収入金額(農業、商業等の自家営業の場合は、所得税算出の基礎となった所得金額)を、勤務していた場合においては「勤務していた場合」の欄に、勤務していなかった場合においては「勤務していなかった場合」の欄に記入すること。
- 2カ所以上に勤務していた場合には主たる事業所に係る収入金額等を「勤務していた場合」の欄に記入し、従たる事業所に係る収入金額等については別紙に記載して添付すること。
また、勤務し、かつ、自家営業にも従事していた場合は、「勤務していた場合」の欄及び「勤務していなかった場合」の欄にそれぞれ記入すること。

(2) 扶養親族加算

扶養親族加算額は、扶養親族の区分に応じ、次表のとおりである。

(平成 30 年 4 月 1 日現在)

区 分	扶養親族である 配偶者	配偶者以外の扶養親族	
		子	子以外
加算額	217 円	333 円	217 円

+

○特例加算

区 分	扶養親族のうち満 15 歳に達する日後の最初の 4 月 1 日から満 22 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子 1 人につき
加算額	167 円

扶養親族の範囲は、次に掲げる親族で、災害発生日において他に生計を維持するみちがなく、主として被災団員等の扶養を受けている者とする。(※1)

- ① 配偶者（婚姻の届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）
- ② 22 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 22 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある孫
- ④ 60 歳以上の父母及び祖父母
- ⑤ 22 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある弟妹
- ⑥ 重度心身障害者 (※2)

※1 「主として消防団員の扶養を受けていた」とは、その者の収入が、人事院規則 9-80（扶養手当）の規定に定める年額未満である者は、原則としてこれに該当する。

※2 「重度心身障害者」とは、基準政令別表第三（障害補償表）の第 3 級以上の障害の程度（終身労務に服することができない程度の障害）にある者をいう。

5 損害補償費支払請求書の記入について

- (1) 「損害補償費請求書」は、他の必要書類を添え、当該市町村長を経由して提出してください。
- (2) 医療機関等への直接支払を希望される場合で、支払先が複数のときは、それぞれの受領委任が必要となるため、複数枚必要となります。

〔記載例 5〕

(様式第 80 号)

<input checked="" type="checkbox"/> 非常勤消防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		損害補償費支払請求書		認定番号	平成〇年岡総合消第 32 号				
				請求回数	第 1 回 (平成〇年 7 月分)				
岡山県市町村総合事務組合管理者 殿			請求年月日 平成〇〇年 8 月 12 日						
下記のとおりに損害補償費を請求します。			請求者の住所 ○〇市○町 128 番地						
			ふりがな おかやま たろう						
			氏名 岡山太郎 (岡山)						
1 補償費用の受領委任	この請求書による損害補償費の受領を ○〇病院 院長○○○○ に委任します。								
	委任者の氏名 岡山太郎 (岡山)								
上記委任に基づき、この請求書による損害補償の費用の支払を請求します。									
受任者の { 住所 ○〇市○町 256 番地									
医療機関等の名称 ○〇病院 (之院)									
氏名 (代表者名) 院長 ○ ○ ○ ○ (院印)									
2	市町村名 ○ ○ 市								
被災に関する団員等に	氏名 岡山太郎		団員又は従事者の別	<input checked="" type="checkbox"/> 団員 <input type="checkbox"/> 従事者	消防団員の場合は階級	団員			
	S ○〇年 7 月 29 日生 (35 歳)		負傷又は発病年月日	平成〇〇年 7 月 4 日 (水曜日)					
3	内訳は別紙のとおり		48,184 円						
請求する	<input checked="" type="checkbox"/> 療養補償費 <input type="checkbox"/> 休業補償費 <input type="checkbox"/> その他								
4 送金希望の場合	○ ○ 銀行 ○ ○ 支店		フリガナ	○○ピョウイン インチョウ ○○○○					
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 No. 2454844 <input type="checkbox"/> 当座		口座名義 (本人の場合は記入不要)	○○病院 院長○○○○					
※受理	平成	年	月	日	※通知	平成	年	月	日
※送金	平成	年	月	日	※決定金額	円			

本人以外への送金の場合は、受領委任の記入が必要 (本人送金分は記入不要)

送金先の口座を記入

〔注意事項〕

- 1 該当する「□」に✓印を記入すること。
- 2 この請求書に添付する書類
 - (1) 初回請求の際は、事故状況等証明書及び当該様式の注意事項に定める書類
 - (2) 損害補償費支払請求に必要な内訳書及び当該様式の注意事項に定める書類

6 療養補償について

療養補償は、公務により負傷し、又は疾病にかかった場合に、それが治るまで、必要な療養を行い（現物補償）、又はその療養に必要な費用を支給（金銭補償）するものである。

(1) 療養の範囲

療養補償の対象となる範囲は、次に掲げるものであって、療養上相当と認められるものであり、その内容は個々の傷病に即して医学上、社会通念上妥当と認められるものとされている。したがって、転医については、医療上又は業務上の必要による場合等は原則として認めて差し支えないが、重複診療その他被災者の恣意による場合等は原則として必要な療養とは認められない。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 処置、手術その他の治療
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 移送（交通費等）

(2) 請求方法

療養補償については、「損害補償費支払請求書（様式第 80 号）」に「療養補償費内訳書（別記様式第 4 号）」及び療養機関の種類に応じた次に掲げる明細書を添付して組合に提出してください。

- ① 病院及び診療所に係る費用については、「1 号紙 診療費請求明細書（病院・診療所用）」
- ② 歯科に係る費用については、「2 号紙 診療費請求明細書（歯科用）」
- ③ 薬局に係る費用については、「3 号紙 調剤費請求明細書（薬局用）」
- ④ 柔道整復師、はり・きゅう及びマッサージの施術に係る費用については、「4 号紙施術料請求明細書（柔道整復師用）」

なお、これらの明細書を療養機関で作成していただく代わりに、同様の事項を記載した医師等による証明書又はレセプト等を明細書に添付しても構いません。

〔記載例6〕

別記様式第4号

療 養 補 償 費 内 訳 書

		請求回数	第 1 回 (〇〇年 7 月分)	
種 別	<input checked="" type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者 <input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務従事者			
非常勤消防団員等の氏名	ふりがな お か や ま た ろ う 岡 山 太 郎	事故発生日	〇〇年 7 月 4 日	
療 養 補 償 費 請 求 の 明 細		請 求 額	※ 審 査	
1 診 療 費	内訳は、別紙1号紙「診療費請求明細書(病院・診療所)」又は別紙2号紙「診療費請求明細書(歯科用)」記載のとおり	48,184 円	円	
2 調 剤 費	内訳は、別紙3号紙「調剤費請求明細書(薬局用)」記載のとおり	3,650		
3 施 術 料	内訳は、別紙4号紙「施術料請求明細書(柔道整復師等用)」記載のとおり			
4 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は、別添5号紙「訪問看護事業者証明書」のとおり		
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 看護補助者 <input type="checkbox"/> 親族・友人	年 月 日から 日間 年 月 日まで		
5 移 送 費	交通機関の種類	路 程		
	<input type="checkbox"/> バ ス <input type="checkbox"/> 電 車 <input type="checkbox"/> タクシー <input checked="" type="checkbox"/> 自家用車	〇〇 自宅 から 〇〇 病院 まで 片道 8 Km 往復 6 回		
6 上 記 以 外 の 療 養 費	右下肢装具	3,552 ←	自家用車の場合、片道2km以上を 対象とし、1km当たり37円を (1km未満は切上げる)	
7 療 養 補 償 費 請 求 額 (1~6の合計額)		58,246	113,632	

※療養補償費請求支払額	円	※受理	年 月 日	※送金	年 月 日
-------------	---	-----	-------	-----	-------

[注意事項]

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。
- 「4 看護料」及び「5 移送費」を請求する場合は、訪問看護の場合を除き、費用の領収又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。ただし、看護人が家族・友人、移送で自家用車を利用した場合には、その必要がないこと。
- 「6 上記以外の療養費」の欄には、「1 診療費」及び「3 施術費」に含まれない療養に必要な治療用材料等の名称、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。

[記載例 7]

診療費請求明細書 (病院・診療所用)

いずれかにチェック

1 号 紙

氏名		岡山太郎									
傷病名	1	右足関節捻挫	診療開始日	1	〇〇年 7 月 5 日	間診療期	〇〇年 7 月 5 日から	診療日数	6 日		
	2			年 月 日	〇〇年 7 月 31 日まで						
	3			年 月 日							
診療の内訳 (<input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所)			※審査	<input checked="" type="checkbox"/> 転帰 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転医							
初診	時間外・休日・深夜	回	点	診療の内容 (基金基準)				※審査			
再診	再外来管理加算 問診 時間 休日 深夜	52	1	52	初診料	3,760 円		円			
					再診料	1,390 × 5 回	6,950				
					再診時療養指導管理料	920 × 5 回	4,600				
指導	その他	救急医療管理加算 1,250		計		16,560					
在宅	往夜深夜在宅患者の診間緊急訪問診察その他薬剤	回		摘要							
投薬	内服 薬剤調剤	×	回		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> ※ 詳細に記載すること。 または、「診療報酬明細書」を添付すること。 </div>						
	頓服 薬剤調剤	×	回								
	外用 薬剤調剤	×	回								
	処方麻毒調基		回								
注射	皮下筋肉内静脈その他	回									
処置	薬剤	2 回		1,560	補装具の装着を治療上必要と認めたことの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補装具の種類			
手術	手麻酔	回									
検査	薬剤	回			付添看護関係						
画像診断	薬剤	3 回		554	看護種類	<input type="checkbox"/> 普通看護 <input type="checkbox"/> 泊込看護 <input type="checkbox"/> 徹夜看護	左記の看護を必要とした理由				
その他	処方せん	2 回		136	期看護及形	年 月 日から 年 月 日まで		<input type="checkbox"/> 1 人付看護 <input type="checkbox"/> 2 人付看護 <input type="checkbox"/> 3 人付看護			
	入院	入院年月日	年 月 日		入院時室料加算関係		室種料類 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 二人部屋 期間 請求額 × 日 = ※ 円				
入院	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所	入院料 (入院環境料・看護料・給食料)		点	健康保険等他の法令による受給関係						
	<input type="checkbox"/> 基食 <input type="checkbox"/> 普食 <input type="checkbox"/> 衣	食有 × 日間 食無 × 日間 特食 × 日間	入院時医学管理料		受有給無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保名險稱	支れ給る	円	一担部金負	円
	その他	× 日間 × 日間 × 日間	特定入院料								
	合計										
ア 診療報酬点数表により計算できるもの				(合点数) 2,302 点 × (1点単価) 12 円 銭 =	27,624 円		※				
イ 診療報酬点数表により計算できないもの				(文書料、治療用装具、入院時室料加算等) 文書料 (療養・休業各一通) 4,000 + 16,560		円		※			
診療費請求合計額 (ア+イ)				48,184		円		※			
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。				〇〇年 8 月 1 日	医療機関の	所在地	〇〇市〇〇町 256 番地		〇〇病院	医師の氏名	〇〇〇〇 印

必ず押印

[注意事項]

- ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。
- 「イ診療報酬点数表により計算できないもの」の欄には、金額及び明細 (文書料、治療用装具等) を記入すること。
- この診療費請求明細書に代えて、同様事項を記載した医師の証明書 (診療報酬明細書) を添付してもよいこと。
- 消防組織法等に基づく療養に要する費用 (診療費、文書料、治療材料費等) に係る消費税は、すべて非課税です (根拠 消費税法施行令第 14 条第 20 号)。

〔記載例9〕柔道整復師等の施術を受けた場合

4号紙

施術料請求明細書(柔道整復師等用)				氏名		岡山次郎					
傷病名	左股関節捻挫			初検日	〇〇年 7月 10日		療養期間	〇〇年 7月10日から 〇〇年 7月31日まで	施術実日数	8日	
施 療 の 内 容				※ 審 査		転帰	<input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 転医				
初 検 料	時間内 円 時間外 深夜	2,485		円		摘 要					
再 検 料	〇〇年 7月 12日	375									
指導管理料	〇〇年 7月10日から 〇〇年 7月 31日まで	3回	2,040								
往 療 料	普 通 夜間・難路 暴 風 雨 同一家屋	回 回 回 回									
初回処置料	<input type="checkbox"/> 整復料 <input type="checkbox"/> 固定料 <input checked="" type="checkbox"/> 施療料	1回	910								
後 療 料	615×7	回	4,305								
運動療法料		回									
温罨療法料	7月10日から 7月31日まで 月 日から 月 日まで	5回	475								
冷罨療法料	7月10日から 7月10日まで 月 日から 月 日まで	1回	100								
電 療 料	550×5	回	2,750								
レントゲン料		回									
宿 泊 料	入院料	月 日から 月 日まで	日間				医師の同意の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	食事料	月 日から 月 日まで	日間				健康保険等の法令による受給関係				
そ の 他	初検時特別材料費 1回		970				受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
							保険の名称				
							支給される額		円		
合 計			14,410 円				一部負担金		円		
施 術 料 請 求 額			14,410 円				※		円		
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 〇〇年 8月 1日				所在地 〇〇市△△町711		施術所の名称 ××接骨院		施術者の氏名 ○ ○ ○ ○		印	

必ず押印

〔注意事項〕

- ※印の欄には記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。
- この施術料請求明細書の記入に代えて、同様事項を記載した施術者の証明書を添付してよいこと。
- 消防組織法等に基づく療養に要する費用〔施術料等〕に係る消費税は、すべて非課税です（根拠 消費税法施行令第14条第20号）。

注) はり・きゅう・マッサージ師による施術の場合は、医師の同意（療養上必要と認めた診断書）が必要です。

7 休業補償について

休業補償は、公務上の傷病の療養のため勤務その他の業務に従事できない場合において、給与その他の業務上の収入を得ることができないとき、その業務ができないことに伴う損失を補てんする趣旨で、補償基礎額の100分の60に相当する金額を支給するものである。

(1) 支給要件

休業補償は、次に掲げる3つの要件を満たさなければならない。

- ① 公務上の傷病のため療養していること。
- ② そ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こと。
- ③ 勤務その他の業務に従事しないことにより、給与その他の業務上の収入を得ることができないこと。

これらの要件は、それぞれ次のように運用されている。

ア 「療養のため」とは、「傷病の治療のため」という意味で、これは「療養を受けている間」と同義である。したがって、傷病が治ったと認定された場合には、当然にその要件を欠くこととなる。

イ 「勤務その他の業務に従事することができない」とは、被災直前の勤務等に従事することが出来ない場合のみをいうのではなく、正常な状態における労働に就くことが出来ない場合を意味し、一部労働不能となったため、一時軽労働に転換する場合等も含まれる。

ウ 「給与その他の業務上の収入を得ることができない」とは、会社員等の場合は、休業期間中に給与を得ていないことをいい、自営業者、農業従事者等の場合には、就労が不可能である場合をいう。

エ 「休業期間中に日曜、祭日等の勤務を要しない日があった場合」の取扱いは、その日についても休業補償を支給する。

(2) 算定方法

休業補償の額は、補償基礎額の 100 分の 60 に相当する額とするが、この支給額の算定については、休業形態等によって次に掲げる 5 つの算定方法のいずれかによるものとする。

- | |
|--|
| <p>① 全部労働不能のため、すべての給与その他の業務上の収入を得ることができなかった場合</p> $\text{補償基礎額} \times 60 / 100$ <p>② 全部労働不能にもかかわらず、給与その他の業務上の収入の一部を得ることができた場合</p> $(\text{補償基礎額} \times 60 / 100) - \text{労務に基づかない給与その他の業務上の収入}$ <p>③ 一部労働可能により、労務に基づく給与その他の業務上の収入を得ることができた場合</p> $(\text{補償基礎額} - \text{労務に基づく給与その他の業務上の収入}) \times 60 / 100$ <p>④ 一部労働可能により、労務に基づく給与その他の業務上の収入を得ることができたほか、労務に基づかない給与その他業務上の収入を得ることができた場合</p> $(\text{補償基礎額} - \text{労務に基づく給与その他の業務上の収入}) \times 60 / 100 - \text{労務に基づかない給与その他の業務上の収入}$ <p>⑤ 療養のため終日休業する必要はないが、通院のため、農業等の個人営業に従事することができなかった場合</p> $\text{補償基礎額} \times 60 / 100 \times \text{通院時間数} / 7.75$ |
|--|

(3) 請求方法

休業補償費については、「損害補償費支払請求書（様式第 80 号）」に「休業補償費内訳書（別記様式第 5 号）」を添付して請求してください。

[記載例 10]

別記様式第 5 号

休業補償費内訳書

請求第 1 回
〔〇〇年 7 月分〕

医師等の
証明欄

<input checked="" type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員 <input type="checkbox"/> 消防作業従事者		<input type="checkbox"/> 水防従事者 <input type="checkbox"/> 応急措置従事者 <input type="checkbox"/> 救急業務協力者		請求第 1 回 〔〇〇年 7 月分〕	
消防団員等の氏名 おかやまたろう 岡山太郎		事故発生日 〇〇年 7 月 4 日			
初診 〇〇年 7 月 5 日		診断によって疾病が確定した日 〇〇年 7 月 5 日			
傷病名及びその程度 右足関節捻挫		転帰 <input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 死亡 <input checked="" type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 転院		〇〇年 8 月 1 日	
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ったと認められる日数		〇〇年 7 月 5 日から 〇〇年 7 月 20 日まで		うち 16 日 診療実日数 3 日	
本人の職業に関連して療養のため休業しなければならなかったこと等についての医師等の意見		右足関節疼痛、腫脹あり ギプスにて固定の為、就労不可能			
上記事項は事実と相違ないことを証明します。		医療機関等の 〇〇年 8 月 1 日 所在地 〇〇市〇〇町 256 番地 名称 〇〇病院 職・氏名 〇 〇 〇 〇 印			
自家営業の場合 年 月 日から 年 月 日まで		のうち 全部休業した日数 日 一部休業した日数 日			
請求日数等 勤務していた場合		〇〇年 7 月 5 日から 〇〇年 7 月 31 日まで のうち 全部休業した日数 16 日 [全部休業した日に支払われた給与の総額 0 円] 一部休業した日数 3 日 [一部休業した日に支払われた給与の総額 12,000 円]			
傷病手当金		<input type="checkbox"/> 受けた 年 月 日から 年 月 日まで 日間 [額 円] <input checked="" type="checkbox"/> 受けなかった			
使用主の証明		上記事項は事実と相違ないことを証明します。 〇〇年 8 月 1 日 所在地 岡山県 〇〇市 〇〇512 名称 有限会社 〇〇工務店 責任者氏名 代表取締役社長 〇 〇 〇 〇 印			
年金の種類 [障害等級第 級]		年金の額		年金証書の記号番号	
支給開始年 月		所轄社会保険事務所等			
全部休業した日		(補償基礎額) [A] 9,350 円 × 60 / 100 = 5,610 円 (円未満切捨)		(請求日数) 5,610 円 × 16 日 = 89,760 円	
一部休業した日		(補償基礎額) [C] 9,350 円 - 4,000 円 × 60 / 100 = 3,210 円 (円未満切捨)		(請求日数) 3,210 円 × 3 日 = 9,630 円	
休業補償費の算式		(補償基礎額) [B] 円 × 60 / 100 = 円 (円未満切捨)		(請求日数) 円 × 日 = 円	
(補償基礎額) [D] 円 - 円 × 60 / 100 - 円 = 円 (円未満切捨)		(請求日数) 円 × 日 = 円			
(補償基礎額) [E] 円 × 60 / 100 × 時間 / 7.75 時間 = 円 (円未満切捨)		(請求日数) 円 × 日 = 円			
休業補償費請求額		[(A) ~ (E) の合計額] 99,390 円			

勤務先の証明欄

※ 補償基礎額	円	※ 受理	年 月 日
※ 休業期間及び日数	年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	※ 送金	年 月 日
※ 休業補償費支払額	円		

[注意事項]

- 1 ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。
- 2 「医師等の証明」欄は、入院中の場合のように療養のため勤務その他の業務に従事できないことが明らかに認められるときは、記入することを要しないこと。
- 3 「請求日数等」の欄中「全部休業した日数」には、療養のため1日の全部にわたって休業し、給与その他の業務上の収入の全部を得ることができなかった日の日数を、「一部休業した日数」には、療養のため1日の一部（勤務していた者の場合は、正規の勤務時間の一部）を休業したために、給与その他の業務上の収入が補償基礎額以下であった日の日数を記入すること。
- 4 「休業補償費の算式」の欄は、次に掲げる事由に応じ記入すること。
 - (1) 全部休業した日の場合
 - ア (A)は、一日の全部労働不能のため、すべての給与その他の業務上の収入を得ることができなかったとき
 - イ (B)は、一日の全部労働不能にもかかわらず、給与その他の業務上の収入の一部を得ることができたとき
 - (2) 一部休業した日の場合
 - ア (C)は、一日のうち一部労働可能により、その労働に基づく給与その他の業務上の収入の一部を得ることができたとき
 - イ (D)は、一日のうち一部労働可能により、その労働に基づく給与その他の業務上の収入の一部を得ることができたほか、その労働に基づかない給与その他の業務上の収入を得ることができたとき
 - ウ (E)は、療養のため一日の全部にわたり休業する必要はないが、通院等のため、農業等の個人営業に従事することができなかったとき
- 5 この内訳書に添付する書類
休業補償の受給権者が、当該傷病について基準政令附則第3条第5項又は第6項に規定する他の法律による年金たる給付を受ける場合には、当該年金証書全文の写し
- 6 この内訳書と同様の事項を記載した市町村又は水害予防組合で定めている当該補償費の請求書の写しをもって、この内訳書に代えることができること。

8 休業援護金（福祉事業）について 消防団員のみ対象

休業による収入減を補完するため、行うものである。

(1) 支給要件

- ① 休業補償を受ける者
- ② 療養のため、勤務その他の業務に一日の全部にわたって従事できないにもかかわらず、給与その他の業務上の収入の一部を得ることができた者でその額が補償基礎額の100分の60以上100分の80未満のもの

(2) 算定方法

休業援護金の額は、被災団員の休業形態等によって、次に掲げる5つの算定方法のいずれかによるものとする。

- ① 全部労働不能のため、すべての給与その他の業務上の収入を得ることができなかった場合
$$\text{補償基礎額} \times 20 / 100$$
- ② 全部労働不能にもかかわらず、給与その他の業務上の収入の一部を得ることができ、その額が補償基礎額の100分の60未満の場合
$$\text{補償基礎額} \times 20 / 100$$
- ③ 全部労働不能にもかかわらず、給与その他の業務上の収入の一部を得ることができ、その額が補償基礎額の100分の60以上100分の80未満の場合
$$\text{補償基礎額} \times 80 / 100 - \text{給与その他の業務上の収入}$$
- ④ 一部労働可能により、労務に基づく給与その他の業務上の収入を得ることができた場合
$$(\text{補償基礎額} - \text{労務に基づく給与その他の業務上の収入}) \times 20 / 100$$
- ⑤ 療養のため、終日休業する必要はないが、通院等のため、農業等の個人営業に従事できなかった場合
$$\text{補償基礎額} \times 20 / 100 \times \text{通院時間数} / 7.75$$

(3) 請求方法

休業援護金については、休業補償費の付加給付となりますので、その請求手続等は休業補償の請求手続と一括して行ってください。

〔記載例 1 1〕

別記様式第 11 号

<input checked="" type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員		<h2 style="margin: 0;">休業援護金請求書</h2>		請求回数	第 1 回
				請求年月日	○ 年 8 月 12 日
消防団員等公務災害補償等共済基金理事長 様 下記のとおり休業援護金を請求します			〒700-1234 請求者の住所 ○○市○○町128 ふりがな おかやま たろう 氏 名 岡山 太郎 岡山		
休業補償を行う市 町村又は組合名		都 道 府 県 岡 山 県	市 町 村 組 合 岡 山 県 市 町 村 総 合 事 務	事故発生日	○ 年 7 月 4 日
請求日数等	自家営業の場合 年 月 日から 年 月 日まで	のうち 日	全部休業した日数 日 一部休業した日数 日		
	勤務していた場合 ○年 7 月 5 日から ○年 7 月 20 日まで	のうち 16 日	全部休業した日数 16 日 (全部休業した日に支払われた給与の総額 0 円) 一部休業した日数 3 日 (一部休業した日に支払われた給与の総額 12,000 円)		
休業援護金の算式	全部休業した日 (補償基礎額) [A] 9,350 円 × 20 / 100 = 1,870 円 (円未満切捨)	(請求日数) 16 日 1,870 円 × 16 日 = 29,920 円			
	一部休業した日 (補償基礎額) [B] 円 × 80 / 100 = 円 (労務に基づく給与その他の業務上の収入日額) (円未満切捨)	(請求日数) 円 × 日 = 円			
	[C] (補償基礎額) 9,350 円 - (労務に基づく給与その他の業務上の収入日額) 4,000 円 × 20 / 100 = 1,070 円 (円未満切捨)	(請求日数) 1,070 円 × 3 日 = 3,210 円			
	[D] (補償基礎額) 円 × 20 / 100 × (通院に要した時間) 時間 / 7.75 時間 = 円 (円未満切捨)	(請求日数) 円 × 日 = 円			
休業援護金請求額		(A) ~ (D) の合計額		33,130 円	
送金先	振込先名 金融機関名	○ ○	銀行・信金・信組 農協・漁協	△ △	本店 支店
	<input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金	口座番号 2454877			
	ふりがな 預金名義者	おかやま たろう 岡山 太郎			
その他					

※ 補償基礎額	円	※ 受理	年 月 日
※ 休業期間及び日数	年 月 日から 年 月 日まで のうち 日	※ 送金	年 月 日
※ 支給額	円		

○ 自動車等損害見舞金支給事業について

この事業は、消防団活動において、団員が使用した自動車等（自動車又は原動機付自転車）に損害が発生した場合に、見舞金を給付し、団員の経済的負担を軽減することにより団員の活動環境の整備等を図ることを目的に、消防団員等公務災害補償等共済基金が実施する事業である。

1 対象となる自動車等

- (1) 団員が所有する自動車等
- (2) 団員と生計を同一している親族（内縁関係にあるものを含む。）の所有する自動車等
- (3) 団員又は(2)の親族が取締役等をしている法人の所有する自動車等

2 対象となる損害

- (1) 災害発生時又は災害発生のおそれのあるときに、緊急に自動車等を使用し出動した場合における往復途上又は駐車中に生じた損害
- (2) 平常時において、やむを得ず自動車等を消防団活動に直接使用し、その活動中に生じた損害

3 見舞金の額

次表に掲げる[※]修理費の額に応じて、同表に掲げる見舞金の額を支給する。

修理費の額	見舞金の額
100,000 円以上	100,000 円
95,000 円以上 100,000 未満	95,000
90,000 円以上 95,000 未満	90,000
85,000 円以上 90,000 未満	85,000
80,000 円以上 85,000 未満	80,000
75,000 円以上 80,000 未満	75,000
70,000 円以上 75,000 未満	70,000
65,000 円以上 70,000 未満	65,000
60,000 円以上 65,000 未満	60,000
55,000 円以上 60,000 未満	55,000
50,000 円以上 55,000 未満	50,000
45,000 円以上 50,000 未満	45,000
40,000 円以上 45,000 未満	40,000
35,000 円以上 40,000 未満	35,000
30,000 円以上 35,000 未満	30,000

※注意

「修理費」とは、工賃及び部品代を指し、代車・出張・引取り費用等は該当しない。

4 提出書類

見舞金を申請する場合は次の書類を提出してください。

- (1) 見舞金申請書
- (2) 損害箇所の写真
- (3) 修理内容の分かる見積書又は請求書

(4) 修理費の領収書 (写しでも可)

[記載例 1 2]

消防団員等に係る自動車等損害見舞金申請書

<input checked="" type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 水防団員	申請年月日 平成 〇〇 年 8 月 31 日		
消防団員等公務災害補償等 共済基金理事長 様	請求者の住所 (〒245-4877 〇〇市〇〇町128) 氏名 おか やま た ろう 岡 山 太 郎 (消防団員等との続柄: 本人) ・消防 (水防) 団の名称: 〇〇市消防団 ・階級: 団員 ・消防団員等の氏名: (未支給の見舞金を申請する場合のみ記入してください。)		
下記のとおり見舞金を受けたいので申請します。			
申請額	100,000 円		
送金先	金融機関名 〇 〇 銀行・信金 信組・農協 漁協 △ △ 本店 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 口座番号 2454844 フリガナ 預金名義者 おか やま た ろう 岡 山 太 郎		
事故状況	<input checked="" type="checkbox"/> 災害が発生したとき又はそのおそれがあるときの往復途上・駐車中 <input type="checkbox"/> 消防 (水防) 団活動に直接使用したとき (活動内容:) ・事故発生日時: 平成 〇〇 年 8 月 12 日 (<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 10 時 50 分頃) ・事故発生場所: 火災現場付近の道路上 ・運転者氏名: 岡山太郎 (申請者との関係: 本人) ・自動車等の所有者: <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 生計を同じくする親族 <input type="checkbox"/> 本人又は左記の親族が役員をしている法人 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:) (事故の具体的状況) 会社で勤務中、住宅火災が発生し、緊急に出動命令を受けた。会社から火災現場へ自家用車で急行したが、現場付近に来たとき炎上する住宅に気をとられハンドル操作を誤り、電柱に衝突して自家用車のフロント部分を損傷させた。		
上記について、内容に相違がないこと及び第 4 条各号のいずれにも該当しないことを証明します。 平成 〇〇 年 8 月 31 日 都 市 消防 (水防) 団の名称: 〇〇市消防団 岡山道 〇〇 町 <input checked="" type="checkbox"/> 消防団長 <input type="checkbox"/> 水防団長 府 村 県 氏名: 〇 〇 〇 〇 印			
※受 理	年 月 日	※送 金	年 月 日

[注意事項]

- ※印の欄は、記入しないこと。また、該当する「□」に✓印を記入すること。
- この申請書に添付する書類
 - 自動車等の修理費の額を証明する領収書及び修理等の内容が分かる請求書、見積書等
 - 自動車等の修理を要する部分 (破損箇所) が確認できる写真
 - 未支給の見舞金を申請しようとする者は、次に掲げる書類を添付すること。
 - 死亡した消防団員等の死亡を証する書類 (死亡診断書、死体検案書等)
 - 申請者と死亡した消防団員等との続柄に関する市町村長の発行する書類
 - 申請者が死亡した消防団員等の死亡当時その者と生計を同じくしていたことを証する書類

II 退職報償金關係

○ 退職報償金の請求手続について

1 提出書類等について

退職報償金の請求の際には、次の書類等を作成して組合まで提出してください。

- ① 「退職報償金支払請求書（別記様式第2号）」（p. 32～33 参照）
- ② 「個人別調書（別記様式第12号）」（p. 34～35 参照）
- ③ 「退職所得の受給に関する申告書」（p. 40～41 参照）
- ④ 「退職報償金口座振込依頼書」（p. 42 参照）
※組合からの直接送金を希望しない場合は、「受領に関する委任状」（p. 44 参照）
- ⑤ フロッピーディスク又はCD-ROM

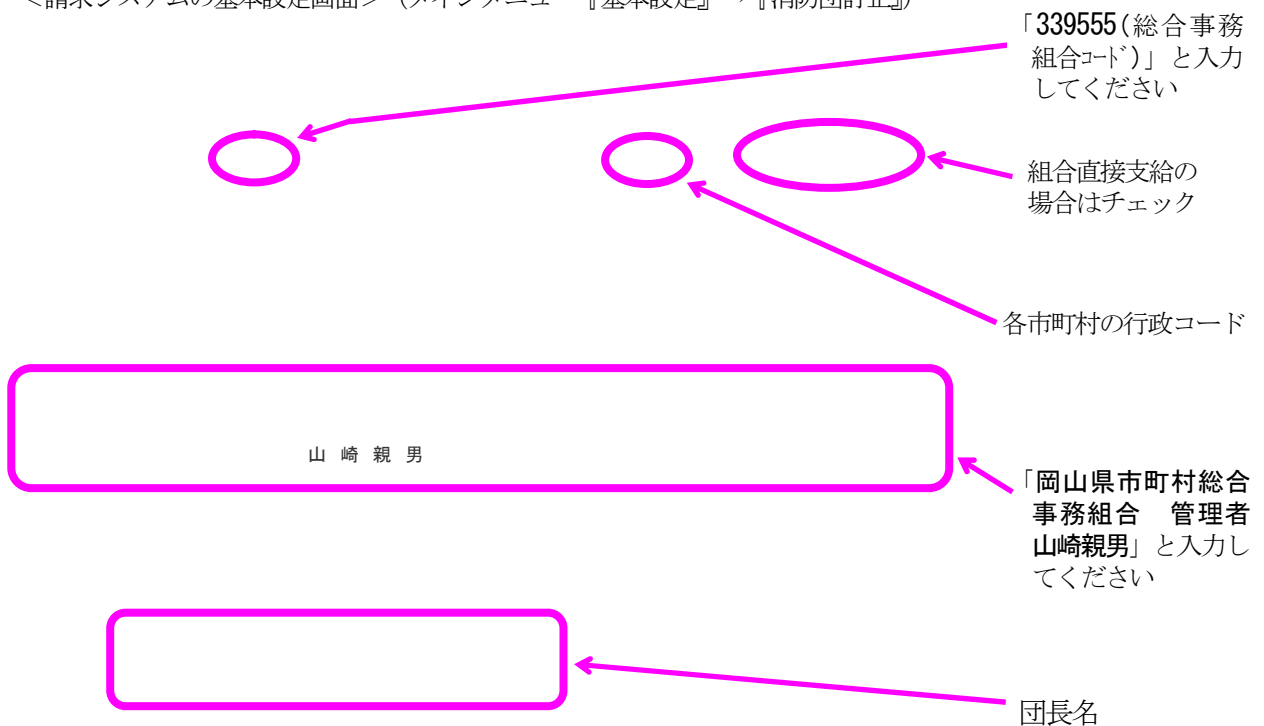
注1) ①については、「岡山市町村総合事務組合」用と「消防団員等公務災害補償等共済基金」用それぞれ1部ずつ（合計2部）を作成してください。

注2) 請求基礎階級にない階級の消防団員の退職、死亡による消防団員の退職、再入団や他市町村への転出がある場合等は、上記以外の書類が必要となります。（p. 46～参照）

2 退職報償金支払請求書の作成について

「組合」用と「消防基金」用それぞれ1部ずつ（合計2部）作成してください。

<請求システムの基本設定画面>（メインメニュー『基本設定』→『消防団訂正』）



岡山県市町村総合事務組合

〒700-0975

岡山市北区今二丁目二番一号

岡山県市町村振興センター内

TEL (086) 245-4844

FAX (086) 245-4877

<http://www.okayama-choson.jp>