

鳥取県公報

毎週火曜日及び
金曜日発行
（当日が休業日
のときは翌日）

目次
◇教委規則 学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する規則の一部を改正する規則

教育委員会規則

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

昭和四十八年六月十二日

鳥取県教育委員会委員長 藤 間 忠 顕

鳥取県教育委員会規則第十二号

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する規則の一部を改正する規則

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する規則（昭和三十四年十月鳥取県教育委員会規則第十一号）の一部を次のように改正する。

第一条中「第十七条の規定により」を「の施行に関し」に改める。

第三条の次に次の一条を加える。

（休業補償及び障害補償の制限）

第三条の二 実施機関は、故意の犯罪行為又は重大な過失により公務上の負傷、疾病又はこれらの原因となつた事故を生じさせた学校医等に対しては、その療養を開始した日から三年以内の期間に限り、その者に支給すべき休業補償又は障害補償の金額からその金額の百分の三十に相当する金額を減ずることができる。

2 実施機関は、正当な理由がなくて療養に関する指示に従わないことにより、公務上の負傷、疾病若しくは身体障害の程度を増進させ、又はその回復を妨げた学校医等に対しては、その負傷、疾病若しくは身体障害の程度を増進させ、又はその回復を妨げた場合一回につき十日間（十日未満で補償事由が消滅するものについては、その補償事由が消滅する日までの間）についての休業補償を行なわないことができる。

第四条第一項ただし書中「指定医療」を「指定医療機関」に改め、同項第四号中「遺族補償請求書（別記第五号様式）」を「遺族補償年金にあつては遺族補償年金請求書（別記第五号様式）」、遺族補償一時金にあつては遺族補償一時金請求書（別記第六号様式）」に改め、同項第五号中「（別記第五号様式）」を「（別記第七号様式）」に改め、同項、第六号を次のように改め、同条第二項及び第三項を削る。

六 条例第二十三条の規定による未支給の補償の請求については、未支給補償請求書（別記第八号様式）

第四条の次に次の一条を加える。
（遺族補償年金の請求の代表者）

第四条の二 遺族補償年金を受ける権利を有する者が二人以上あるときは、これらの者は、そのうちの一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、世帯を異にする等やむを得ない事情のため、代表者を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、すみ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。

第五条中「前条の規定による」を削り、「補償金額の決定を行ない」を「補償に関する決定を行ない」に、「その支給に関する通知」を「その決定に関する通知」に、「行わなければ」を「行わなければならない」に改める。

第六条の二及び第六条の三を次のように改める。

(障害程度の変更による障害補償の変更)

第六条の二 実施機関は、条例第八条第六項に規定する場合には、新たに「行なうべき障害補償に関する決定を行ない、すみやかに当該障害補償を受けるべき者に書面でその旨を通知しなければならない」。

2 前項の決定を受けようとする者は、障害補償変更請求書(別記第九号様式)を実施機関に提出しなければならない。

(遺族補償年金の額を改定した場合の通知)

第六条の三 実施機関は、条例第十二条第三項又は第四項の規定により遺族補償年金の額の改定を行なった場合には、当該遺族補償年金の受給権者に書面でその旨を通知しなければならない。

第六条の五中「第一種障害補償証書」を「年金証書」に改め、同条を第六条の六とし、第六条の四第一項中「第一種障害補償の」を「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」に、「第一種障害補償証書(別記第四号様式の四)」を「年金証書(別記第十二号様式)」に改め、同条第二項及び第三項中「第一種障害補償証書」を「年金証書」に改め、同条を第六条の五とし、同条の前に次の見出しを附する。

(年金証書)

第六条の三の次に次の一条を加える。

(所在不明による支給停止の申請等)

第六条の四 条例第十四条第一項の規定により遺族補償年金の支給の停止を申請する者は、遺族補償年金支給停止申請書(別記第十号様式)を実施機関に提出しなければならない。

2 条例第十四条第二項の規定により遺族補償年金の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解除申請書(別記第十一号様式)及び年金証書を実施機関に提出しなければならない。

第七条を次のように改める。

第七条 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、すみやかに当該年金証書を実施機関に返納しなければならない。

第十条第一項中「行なう」を「行なう」に改める。

第十一条中「(別記第七号様式)」を「(別記第十三号様式)」に、「並びに第一種災害補償記録簿(別記第七号様式の二)」を「障害補償年金記録簿(別記第十四号様式)及び遺族補償年金記録簿(別記第十五号様式)」に、「行つた」を「行なつた」に改める。

第十三条中「第一種障害補償」を「年金たる補償」に改め、「その障害の現状」の下に「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」を加え、「(別記第八号様式)」を「(別記第十六号様式及び第十七号様式)」に改める。

第十四条を次のように改める。

(届出)

第十四条 年金たる補償を受ける者は、次の各号に掲げる場合には、すみやかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

一 氏名又は住所を変更したとき。

二 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とき。

三 遺族補償年金を受ける者にあつては、次に掲げるとき。

イ 条例第十二条第四項第一号又は第二号のいずれかに該当するに至つたとき

ロ 条例第十三条第一項(同項第一号を除く。)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とき。

ハ 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とき。

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、すみやかにその旨を実施機関に届け出なければならない。

3 前二項の届け出をする場合には、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。

第十四条の次に次の一条を加える。

(第三者の行為による災害についての届出)

第十五条 補償の原因である災害が第三者の行為によつて生じたときは、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、すみやかに実施機関に届け出なければならない。

第四号様式から第八号様式までを次のように改める。

第四号様式

学 校 医 等 公 務 災 害 補 償 障 害 補 償 請 求 書

実施機関		校 殿		請求年月日		年 月 日	
下記の障害補償を請求します。		請求者の住所及び氏名		請求者の住所及び氏名		年 月 日	
1 所属の証明 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			
業務上の疾病の ※細分番号				負傷又は発病 年 月 日		氏名及び 生年月日	
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。				所属学校長 氏 名		性 別	
2 傷病名、傷病の部位又はその程度				年 月 日		男 女	
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)		医師の意見	
3 障 害 等 級				第 級		医療機関の 住所 姓名及び氏名	
4 障害補償請求金額				□ 年 金 (補償基礎額) × (倍数) = 円		□ 一時金	
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。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
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、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つて厚生年金保険
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つて厚生年金保険
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、支給開始年
月、年金証書の記号、番号及び所轄社会保険事務所等を記載した書類を添付すること。

第五号様式

(表 面)

学校医等公務災害補償遺族補償年金請求書
(昭和42年改正条例附則第3条の一時金)

(実施機関)		殿	請求年月日	年	月	日
下記の遺族補償年金を請求します。			請求者の住所及び氏名			
1 所属 学校 校長 の 証明	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	死亡者氏 名及び生 年月日	年	月	日生
	*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。			所属学校長 氏 名		
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"/> 胎児であつた子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明					
3 請求 受ける こと が でき る 遺 族 を	氏 名	生 年 月 日	住 所	死亡学校医等と の続柄	備 考	
4 既 に 受 け て い る 遺 族 補 償 年 金	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 請求年額計算	$(補償基礎額) \times 365 \times (\text{遺族の人数の区分に応ずる率}) \times \frac{1}{\text{請求者の数}}$ = 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					円
	代表者を選任した場合		$(5の請求年額) \times (\text{請求者の数})$ =			円
7 昭和42年改正条例附則第 3条の一時金請求金額	<input type="checkbox"/> 請求する <input type="checkbox"/> 請求しない		(補償基礎額)	400	円	
8 厚生年金保険法等 の適用	<input type="checkbox"/> _____の被保険者であつた。 <input type="checkbox"/> 被保険者でなかつた。			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	

(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(請)、その者が代表者であるときは(代)、その者が障害等級第7級以上の廃疾の状態にあるときは(廃)、その者が請求者と生計を同じくしているときは(生)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 「7 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、「_____」の被保険者であつた」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つて厚生年金保険法又は船員保険法の遺族年金あるい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。)遺児年金又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、支給開始年月、年金証書の記号番号及び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つた学校医等の死亡に係る遺族補償年金の支給が行なわれていたときは、次の(1)及び(3)に掲げる書類は添付する必要がない。
 - (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つ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つた者であるときは、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廃疾の状態にある妻又は学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する条例第11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廃疾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つて生じたものであるときは、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)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のできる書類、代表者を選任しないときは、その理由を記載した書類

第六号様式

学校医等公務災害補償遺族補償一時金請求書

(実施機関)		殿	請求年月日	年	月	日
下記の遺族補償一時金を請求します。			請求者の住所及び氏名	㊤		
1 所属 学校 校長 の 証明	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		死亡者氏名及び生年月日		年 月 日生
	* 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。所属学校長 氏名					
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	死亡学校医等との続柄	(補償基礎額) × (倍数) (支給された年金額の総計) (× -) $\frac{1}{(\text{受給権者の数})}$ × = 円		
遺 族 補 償 年 金 が 支 給 さ れ て い る 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		
				円		
				円		
				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						
* 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。
- 2 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「受給権者の氏名」の欄には、すべての受給権者について記入すること。
- 3 「2 遺族補償一時金請求額の計算」の欄の「遺族補償年金が支給されていた場合」の項は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なわれていた場合に記入すること。
- 4 この請求書には、次に掲げる書類を添付すること。ただし、この請求書は提出前に、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なわれていたときは、次の(1)に掲げる書類を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) 請求者の氏名、本籍及び学校医等との続柄又は関係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つた者であるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (4) 学校医等の死亡に係る遺族補償年金を受けることができる遺族がなく、かつ、請求者に先順位者のないことを証明する書類
 - (5) 請求者が学校医等の収入によつて生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹である場合は、学校医等の死亡の当時その収入によつて生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (6) 請求者が配偶者、学校医等の収入によつて生計を維持していた子、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹以外の者で、主として学校医等の収入によつて生計を維持していた者であるときは、学校医等の死亡の当時主としてその収入によつて生計を維持していた事実を認めることのできる書類
 - (7) 請求者が、学校医等の遺言又はその任命権者に対する予告により特に指定された者であるときは、これを証明する書類
 - (8) 災害が第三者の行為によつて生じたものであるときは、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)を記載した書類

第七号様式

学校医等公務災害補償葬祭補償請求書

(実施機関)		殿	請求年月日	年	月	日
下記の葬祭補償を請求します。			請求者の住所氏名及び死亡者との続柄	㊦		
所属 学校 校長 の 証明	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	死亡者氏名及び生年月日	年	月	日生
	* 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。所属学校長 氏名 ㊦					
葬祭補償請求金額		円				
* 受理年月日		* 決定年月日		* 支払年月日		* №

備考 請求者は、*印の欄には記入しないこと。

第八号様式

(表 面)

学校医等公務災害補償未支給補償請求書

(実施機関)		殿	請求年月日	年	月	日
下記の未支給の補償の支給を請求します。			請求者の住所 氏名及び死亡 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	未支給の補償の種類	(年金たる補償のときは) 第 号 (年金証書の番号)				
3	未支給の補償請求金額	円				
4	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

備考

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 この請求書には、次に掲げる書類又は資料を添付すること。ただし、請求者が、未支給の補償とあわせて、遺族補償を請求する場合には、当該遺族補償を請求するために提出すべき書類又は資料については、添付する必要はない。
 - (1) 死亡受給権者の死亡診断書、死体検案書、検視調書その他死亡受給権者の死亡を証明する書類又はその写し
 - (2) 未支給の補償が遺族補償年金以外の補償であるときは、次に掲げる書類
 - イ 請求者の氏名、本籍及び死亡受給権者との続柄に関し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。)
 - ロ 請求者が、死亡受給権者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを認めることのできる書類
 - ハ 請求者が、婚姻の届出をしていないが、死亡受給権者の死亡の当時事実上婚姻関係と同様の事情にあつたものであるときは、その事実を認めることのできる書類
 - (3) 請求者が配偶者以外の者であるときは、他に先順位者のないことを証明する書類
 - (4) 死亡受給権者が、この請求に係る未支給の補償分についてまだ請求をしていなかったときは、その請求を行なうこととした場合に必要書類その他の資料

第八号様式の次に次の七様式を加える。

第九号様式

学校医等公務災害補償障害補償変更請求書

(実施機関)		請 求 年 月 日		年 月 日	
殿		請 求 者	年金証書の 番 号	第 号	
			住 所		
下記のとおりに障害補償の変更を請求 します。		氏 名	④		
1	現在受けている障害年金の 障害等級	第 級			
2	現在受けている障害年金の 支給が開始された年月	年 月			
3	障害の程度に変更があつた 年月日	年 月 日			
4	障害の部位及びその程度	(第 級)			
5	変更後の障害 補償請求金額	年 金	(補償基礎額) × (倍数) =	円	
		一時金	(補償基礎額) × (倍数) =	円	
6	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	
※ 変更後の障害等級		第 級 号	※ 決定金額		円

備考

- 1 請求者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「4 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおりに」と記入すること。
- 3 この請求書には、障害の程度に変更があつた時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

第十号様式

学校医等公務災害補償遺族補償年金支給停止申請書

(実施機関) 殿 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	年金証書の番号	第 号						
		住 所							
		氏 名	㊤						
		生年月日	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								
	所在不明となつた年月日								
	所在不明の理由								
2 申請者の同順位者	氏 名	住 所	年金証書の番号	所在不明者との続柄					
3	添付する書類その他の資料名								
※ 受理年月日	年	月	日	※ 決定内容	年 月分から停止	※ 決定年月日	年	月	日

備考

- 1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。
- 2 「申請者」の欄の「年金証書の番号」の項は、申請者が所在不明者と同順位者である場合にのみ記入すること。
- 3 「1 所在不明者」の欄の年金証書の番号の項は、その番号が不明のときは記入する必要はないこと。
- 4 「2 申請者の同順位者」の欄には、所在不明者の同順位者があるときは、その同順位者について、同順位者がいないときは、その次順位者である申請者の同順位者について記入し、後者の場合は、同欄中の「年金証書の番号」の項の記入は必要ないこと。
- 5 この申請書には、所在不明者の所在が1年以上明らかでないことを証書する書類を添付すること。

第十一号様式

学校医等公務災害補償遺族補償年金支給停止解除申請書

(実施機関) 殿	申請年月日		年	月	日
	申請者	年金証書の 番号	第 号		
住 所					
氏 名		㊟			
生年月日		年	月	日	
支給停止となつた年月		年 月			
※ 受理年月日		※ 決定年月日		※ 決定内容	年 月分から解除

備考

- 1 申請者は※印の欄には記入しないこと。
- 2 この申請書を提出するときには、あわせて年金証書を提出すること。

第十二号様式

(表 面)

<p style="text-align: right;">第 号 学校医等公務災害補償 年 金 証 書</p>

(裏 面)

受給権者の氏名 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日 生

補償の種類 _____

支給開始年月 _____ 年 _____ 月 _____

学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務
災害補償に関する条例の規定により上記の
とおり支給します。

(実施機関名)

(注 意 事 項)

(別記のとおり)

印

〔注 意 事 項〕

別記

- 1 この証書は、学校医、学校歯科医及び学校薬剤師公務災害補償に関する条例（以下「条例」という。）によつて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 この補償は、毎年3月、6月、9月及び12月に、それぞれの前月までの分を支払います。
- 3 次の場合に該当することとなつたときは、すみやかにその事実を証明する書類を添えてその旨を実施機関に届け出るとともに、あわせてこの証書を提出してください。
 - (1) 氏名又は住所を変更した場合
 - (2) 障害補償年金においては、その障害等級に変更のあつた場合
 - (3) 遺族補償年金においては、その算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合
- 4 この補償を受ける権利は、譲り渡したり、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。
- 5 この請求書を亡失したり損傷したときは、再交付を実施機関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。
- 6 あらかじめ実施機関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、実施機関に対し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。
- 7 この年金を受ける権利を失つた場合は、この証書を実施機関に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
 - (1) 障害補償年金の場合
 - イ 受給権者が死亡したとき
 - ロ 条例別表の障害の等級の第7級以上に該当しなくなつたとき。
 - (2) 遺族補償年金の場合
 - イ 受給権者が死亡したとき。
 - ロ 受給権者が婚姻（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場合を含む。）をしたとき。
 - ハ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが、事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となつたとき。
 - ニ 離縁によつて死亡した学校医等との親族関係が終了したとき。
 - ホ 受給権者が死亡した学校医等の子、孫又は兄弟姉妹であるときはその者が18歳に達したとき（その者が学校医等の死亡の時から引き続き条例別表に定める第7級以上の廃疾の状態にあるときを除く。）。
 - ヘ 条例別表に定める第7級以上の廃疾状態にあることにより受給権者となつている者がその状態でなくなつたとき。

第十三号様式(その1)

学 校 医 等 公 務 災 害 補 償 記 録 簿

認定年月日		年	月	日	支弁経費		款	項	目	費支弁
氏名		年	月	日生	6 傷病名					
1 生年月日		男	女		7 負傷発病日		年	月	日	
2 住 所					8 治年月日		年	月	日	
3 学校医等 の所属学 校名					9 死年月日		年	月	日	
4 職 名					10 補償基礎額		年	月	日	円
5 災害発生の状況とその原因					11 故意の犯罪よ り行為等に有 限の制限		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 休業補償 <input type="checkbox"/> 障害補償 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 <input type="checkbox"/> 障害補償一時金 等級第 級号 <input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合繰上げ <input type="checkbox"/> 加重 年金額 <input type="checkbox"/> 一時金額 円 年月日 支給決定日			
					12 障害補償		13 遺族補償 受給権者 氏 名 死亡学校医等との続柄 又は関係 年 月 日 支給決定日 円 遺族補償年金額 <input type="checkbox"/> 遺族補償一時金 <input type="checkbox"/> 年金額 <input type="checkbox"/> 一時金額 <input type="checkbox"/> 円			
					14 葬祭補償		15 第三者加 害者の氏名 住所 葬祭を行なった者の氏名及び死亡学校医等との 続柄又は関係 金額 年 月 円			
					16 備考					

(その2)

1 療 養 補 償			2 休 業 補 償			
支払年月日	療養期間	金 額	支払年月日	日数	金 額	補償基礎額
・	・		・	・		
・	・		・	・		
			・	・		
			・	・		
・	・		・	・		
			・	・		

学校医等公務災害補償障害補償年金記録簿

(表 面)

災害補償記録簿番号

1 氏名生年月日				(年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日)		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>																
2 職名																						
3 学校医等の所属学校名																						
5 傷病名																						
6 負傷発病年月日		年		月		日																
7 障害等級		第 級 号		<input type="checkbox"/> 準用 <input type="checkbox"/> 併合線上げ		<input type="checkbox"/> 加重																
8 障害補償年金支給開始年月日		年		月		日																
9 障害補償年金の年額	年	月	から	(補償基礎額) ×	(倍数)	年	月	から	(補償基礎額) ×	(倍数)	円											
	年	月	から	×	=	円	年	月	から	×	=	円										
	年	月	から	×	=	円	年	月	から	×	=	円										
10 障害の概要																						
4 住所																						
11 年金証書の交付等の年月日、証書番号及びその理由		年	月	日	第	号	()	年	月	日	第	号	()	年	月	日	第	号	()
12 故意の犯罪行為等による制限の有無及び支給制限期間		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 無		年		月		日		日から		年		月		日まで				
13 厚生年金保険等の支給関係当該傷病に関して支給される年金の種類		支給されている年金の年額																				
<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金		支給されることとなった年月																				
<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。)		年金証書の記号番号																				
<input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金 (障害等級第 級)		所轄社会保険事務所等																				
14 障害補償年金の消滅年月日及びその事由		年 月 日																				

第十五号様式

(表 面)
学校医等公務災害補償遺族補償年金記録簿

1 災害補償記録簿番号								
2 遺族補償年金受給資格者	氏名	生年月日	住所	死亡学校医等との続柄	受給権者となった年月日	その事由	年金証書の番号	備考
3 厚生年金保険等の受給関係	当該死亡に関して支給されている年金の種類			支給されている年金の年額 円		支給されることとなった年月 年 月		
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金					年金証書の記号番号		
	<input type="checkbox"/> 国民年金法の 母子年金					所轄社会保険事務所等		
	<input type="checkbox"/> 母子福祉年 (母子除く。) (準母子福祉年) (金を除く。) <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金							
4 遺族補償年金の年額				年 月から	(補償基礎額) (倍數) 円	年 月から	(補償基礎額) (倍數) 円	
				年 月から	× = 円	年 月から	× = 円	
				年 月から	× = 円	年 月から	× = 円	
				年 月から	× = 円	年 月から	× = 円	

(裏 面)

支 給 に 係 る 月	受 給 権 者 氏 名	支 払 年 月 日	支 払 金 額
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円
計			
年 月 ~ 年 月 分		年 月 日	円

第十六号様式

(表 面)

学校医等公務災害補償障害現状報告書

(実施機関) 殿

下記のとおり障害の現状を報告します。

年 月 日

報告者 住 所
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	傷病の経過又は身体障害の状況		
5	日常生活の概況		
6	当該傷病に関して支給されている年金の種類	支給されている年金の額	支給されることとなった年月
	<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の障害年金	円	年 月
	<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 (障害福祉年金を除く。)	年金証書の記号番号	所轄社会保険事務所等
	<input type="checkbox"/> 船員保険法の障害年金 (障害等級第 級)		
7	添付する書類又はその他の資料名		

備考

- 1 報告者は、※印の欄には記入しないこと。該当する□にV印を記入すること。
- 2 「4 傷病の経過又は身体障害の状況」の欄の記入に当つては、最近1年間について記入すること。

(裏 面)

※ 8 医師の証明

(イ) 傷病名又は身体障害の種類

(ロ) 傷病の経過及び治療方法の概要

(ハ) 傷病又は身体障害の現状

(ニ) 今後の見込み

(報告者の氏名)

については上記のとありであると認めます。

年 月 日

病院又は診療所

所在地
名 称
医師氏名



第十七号様式

(表 面)

学校医等公務災害補償遺族現状報告書

(実施機関)

殿

下記のとおり遺族の現状を報告します。

年 月 日 年金証書の番号 第 号

報告者(代表者) 住所 氏名

1	死亡学校医等の氏名	(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	廃疾の有無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
						有・無
3	厚生年金保険法等の受給関係	当該死亡に関して支給されている年金の種類		支給されている年金の額	支給されることとなった年月	
		<input type="checkbox"/> 厚生年金保険法の遺族年金 <input type="checkbox"/> 国民年金法の <input type="checkbox"/> 母子年金 <input type="checkbox"/> 準母子年金 (母子福祉年金を除く。) (準母子福祉年金を除く。) <input type="checkbox"/> 遺児年金 <input type="checkbox"/> 寡婦年金 <input type="checkbox"/> 船員保険法の遺族年金		円	年 月	
				年金証書の記号番号	所轄社会保険事務所等	
4	添付する書類その他の資料名					

(裏 面)

備考

- 1 受給権者が2人以上あるときで、そのうちの1人を代表者として選任し、その者が当該遺族補償年金の支給を代表して受けている場合には、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。
- 2 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ることができる遺族の戸籍の謄本若しくは抄本又はこれらに代る市町村長若しくは区長の発行する証明書
 - (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ることができる遺族のうち、廃疾の状態にあることにより遺族補償年金を受けることができる遺族である者については、その廃疾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
 - (3) 受給権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については、その事実を認めることのできる書類

附則

この規則は、公布の日から施行し、昭和四十八年三月二十八日から適用する。

昭和四年四月十五日第三種郵便物認可

発行所 鳥取県鳥取市東町一丁目 鳥

取 県

【定価一部一箇月三百円(送料を含む)】