様式第19号（第26条関係）

年金支給停止期間

　　年　月から　　年　月まで

□交通事故□その他

□事故

□施設内

□勤務先

□その他

災害補償記録簿　　　　　　　　　　　 　　１号紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 通知年月日 | | 年　　月　　日 | | | 災害発生の状況 | 災害発生の日時 | | 年　　月　　日（　曜）  午前・午後　 時　 分　ごろ | | 障害補償 | □障害補償年金  □障害補償一時金 | | | |
| 被災職員に関する事項 | ふりがな氏名  生年月日 | □男  □女  　　　　年　　月　　日　生（　　歳） | | |
| 災害発生の場所 | | □施設外  　　　　　［ | | 第　　　　　級　　　　　　　　　号  □準用□併合繰上げ□加重 | | | |
| □年金額　　　　　　　　　　　　円  □一時金額　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 住所 |  | | | 事故の態様 | | ［  □その他 | |
| 年　　月　　日　支給決定  　　　　　　　　支　　払 | | | |
| 所属部局名 |  | | |
| 災害発生時の従事職務認定理由等 | |  | |
| 職名 |  | | | 遺族補償 | □遺族補償年金  □遺族補償一時金 | | | |
| 退職年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 傷病名・傷病の部位及び程度 | |  | | □年金額　　　　　　　　　　　　　　円  □条例附則第４条の一時金額　　　　　　　　　　　円  （　　　　　　　　　　　　　　　）  □一時金額　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 第三者加害行為 | | □同僚加害□同僚加害以外 | | |
| □自動車事故□その他 | | |
| 傷病等級該当年月日 | | 年　　月　　日 | |
| □免責□求償□一部補償 | | |
| 補償基礎額・年金補償基礎額 | | 補償基礎額　　　　　　　　　　　円  　　　　　年　　月　　日　　決定  年金補償基礎額　　　　　　　　　円  　　　　　年　　月　　日　　決定 | | | 治ゆ年月日 | | 年　　月　　日 | | 年　　月　　日　支給決定  　　　　　　　　支　　払 | | | |
| 死亡年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 受給権者 | 氏名 | | 死亡職員との続柄又は関係 |
| 傷病補償年金 | | | 第　　　級　　　号 | |
| 故意の犯罪行為等による制限の有無及び制限期間 | | □　有□　無 | | |
| 年金額　　　　　　　　　円 | |  | |  |
| 年　　月　　日　から  　　　　年　　月　　日　まで  □休業補償□傷病補償年金□障害補償 | | |
| 年　　月　　日支給決定 | |  | |  |
|  | |  |
| 条例附則第６条による調整関係 | | 年金の種類（障害等級第　級) | 年金の年額 | 年金支給の記号番号 | | | 支給開始年月 | | 所轄社会保険事務所等 |
|  | |  |
|  | 円 | 第号 | | | 年　　月 | |  | 葬祭補償 | 金額　　　　　　　　　円 | | | |
| 年　　月　　日　支　払 | | | |
|  | 円 | 第号 | | | 年　　月 | |  | 葬祭を行った者の氏名及び死亡職員との続柄又は関係 | |  | |
| 備考 | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養補償 | | | | | 休業補償 | | | | | | 介護補償 | | | | |
| 支払年月日 | 診療期間 | 診療実日数 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 診療期間 | 休業実日数 | 補償基礎額 | 支払金額 | 備考 | 支払年月日 | 支給に係る月 | 常時随時の別 | 支払金額 | 備考 |
| 年　月　日  ・　・ | 自  至 | 日 | 円 |  | 年　月　日  ・　・ | 自  至 | 日 | 円 | 円 |  | 年　月　日  ・　・ | 自  至 |  | 円 |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| ・　・ |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |  | ・　・ |  |  |  |  |
| 累計 | |  |  |  | 累計 | |  |  |  |  | 累計 | |  |  |  |