

加 入 口 数		消 防 団 員 福 祉 共 済 金 支 払 請 求 書 兼 領 収 書					書 類 提 出 年 月 日		
1 口							平成 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 消防団員 <input type="checkbox"/> 自衛消防隊員 <input type="checkbox"/> 消防職員 <input type="checkbox"/> 協会職員等 <small>(該当に○印)</small>		加入登録番号			加入団体名	事務担当者		同上所属	
		都道府県	市	町	村	加入者			
財団法人 日本消防協会 殿					受取人の住所・氏名		(住所) 平 一 (氏名)		
下記のとおり、遺族援護金・生活援護金・障害見舞金・入院見舞金・弔慰金・重度障害見舞金・保育援護金の支払いを請求し、領収しました。(請求・領収項目は○印)					加入者との続柄		請求年月日 平成 年 月 日		
消 防 職 団 員 証 明 書	フリガナ	氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成 年 月 日	年齢 (才)		
	氏名	氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成 年 月 日	年齢 (才)		
	氏名	氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成 年 月 日	年齢 (才)		
補充加入 (該当に○印)		有 無		備考		この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
事 故 状 況 書	発生日時					公務・公務外	事故状況のとおり相違ないことを証する。 平成 年 月 日		
	発生場所					目撃者	市町村長又は 消防長・消防団長 (任命権者) <span style="float:right">公印</span>		
	事故または 公務疾病の 状況						市町村長又は 消防長・消防団長 (任命権者) <span style="float:right">公印</span>		
受傷後の処置 (病院名・病院への 移送方法等)						この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
死 亡 診 断 書	直接死因	病名(本病) (合併症)				この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
	死亡原因	種類				1 病死又は自然死・不慮の外因死 (2 交通事故 3 転倒・転落 4 溺水 5 煙、火災及び火焰による傷害 6 窒息 7 中毒 8 その他) 不詳の外因死 (9 自殺 10 他殺 11 その他及び不詳) 12 不詳の死			
	発病年月日	平成 年 月 日 (確認できないときは推定)				医療機関の名称及び住所			
	死亡年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分				医師氏名			
	本病	平成 年 月 日				⑤			
	合併症	平成 年 月 日							
死亡場所									
(主な既往症) 病気の場合は、死亡までの経過 不慮の事故の場合は、その前後の状態									
重 度 障 害 又 は 障 害 の 経 過 並 び に 入 院 診 断 書	傷病名	受傷部位				既存障害			
	受傷年月日	年 月 日	初 診	年 月 日	終 診	年 月 日	既往症		
	初診時の病状 及び経過					入院 入院平成 年 月 日 } 日 退院平成 年 月 日 } (平成 年 月 日現在引き続き入院中)			
○症状固定後記入して下さい。 特に切断の場合は、傷害部位及び状態を図示して下さい。 関節障害の場合は、関節の運動範囲を、視力障害の場合は矯正視力等をわかりやすく記入して下さい。	現在の状態の詳細	(図示欄)				この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
○身体障害者手帳をお持ちの方は(写)を添付して下さい。	障害機能回復の意見					医療機関の名称及び住所			
						医師氏名 <span style="float:right">⑤</span>			
入 院 証 明 書	傷病名	初 診 年 月 日 終 診 年 月 日				この欄の記載は事実と相違ないことを証明する。 平成 年 月 日			
	第1回目入院	平成 年 月 日	～退院	平成 年 月 日	入院期間	日	医療機関の名称及び住所		
	第2回目入院	平成 年 月 日	～退院	平成 年 月 日	入院期間	日	医師氏名 <span style="float:right">⑤</span>		
備考									
遺 族 援 護 金 生 活 援 護 金 障 害 見 舞 金 入 院 見 舞 金 弔 慰 金 重 度 障 害 見 舞 金 保 育 援 護 金 計	千	百	十	万	千	百	十	円	
	決定欄					審査決定	第2次審査	第1次審査	
	決定欄					受 都道府県 消防協会			
	決定欄					付 日本消防協会			
	決定欄					欄			
	決定欄					⑤			

(注) 1. この請求書兼領収書は、3部複写で作成し、1部を控とし、2部を都道府県消防協会へ提出して下さい。  
2. 医師の証明は、日本消防協会提出の分(1部)にし、市町村控の分、都道府県消防協会の分には、その旨担当で記入して下さい。  
3. ※印の欄は日本消防協会にて記入しますので記入しないで下さい。