

# 記載例

整理番号	記載不要
分類番号	記載不要

〇〇年〇〇月〇〇日  
 <<市役所への提出日>>

## 農業者労働災害共済事故発生届

坂井市長 様

対象者

住所（所在地） <<番地まで記載すること>>

氏名（名称） <<罹災者本人氏名>>

印鑑不要

次のとおり共済事故が発生したので届け出ます。

対象者氏名	<<罹災者本人の氏名>> (〇〇歳)
事故発生日	〇年 〇月 〇日 午前 午後 〇時 〇分頃 <<時間は概ね>>
事故発生場所	<<例>>〇〇町〇〇1-2の水田・畑、農舎、〇〇川堤防 *発生場所が農作業場所であることが分かるように記載してください
使用農機具名等	<<例>>トラクター、動噴機、草刈機ほか *農機具を使用していない場合は記載不要
農作業の内容	<<例>>草刈、田植、収穫、農薬散布、〇〇見回り作業 *何の農作業かが分かるように記載してください
事故の原因	<<例>>〇〇作業中に転倒（腰を捻った）・機械に手を挟めた *どのように事故が起きたかを具体的に記載してください
障害箇所、症状	<<例>>右手親指の骨折・ねんざ、左足じん帯損傷 *けがをした場所、けがの内容を記載する
医師の診断	(1) 医療機関名 〇〇病院 (2) 医師の氏名 〇〇〇〇

注) 持病の悪化による傷病については本事業の対象となりません

### 共済事故証明書

上記の届出は、事実と相違ないと認めます。

〇年 〇月 〇日

原則、職印

**【現認者】事故の内容を説明できる方とします。(家族以外)いない場合は空欄でも結構です。**

区長又は農家組合長  
現 認 者

印  
印

- ※添付書類
- ・共済事故の発生した場所を示した地図
  - ・状況図（事故の発生原因等が分かるもの）及び現場写真

整理番号	記載不要
分類番号	記載不要

# 記載例

〇〇年〇〇月〇〇日

## 農業者労働災害共済金請求書

坂井市長 様

対象者

住所（所在地） **《番地まで記載すること》**

氏名（名称） **《罹災者本人氏名》**

印鑑不要

先に届け出た共済事故は、

- 傷病が治癒したので、
- 療養を中止したので、
- 治癒してなお身体に障害が残ったので、
- 対象者が死亡したので、
- 共済給付の請求期間が終了したので、

※ いずれかに✓を入れてください。

何れか該当する場合のみ  
提出してください。

次のとおり報告し、  
共済金を請求します。

対象者氏名	<b>《罹災者本人の氏名》</b> (〇〇歳)		
共済金請求額	<b>《記載不要》</b> 円		
治癒の見込み (療養継続の場合にのみ記入)	注) 治療中の場合に記載する 《例》・痛み(障害)が残り、引き続き治療が必要である		
共済金振込先口座 (対象者本人の口座に限る)	金融機関名		預金種別
	〇〇〇 農協銀行信金 ( )	〇〇 本店支店 ( )	普通当座
	口座番号(左詰めで記入)		口座名義(カタカナ)
	<b>0   1   2   3   4   5   6</b>	<b>《カタカナ表記》</b>	

※ 添付書類

農業者労働災害共済金請求用診断書（様式第5号。死亡の場合は死亡診断書とする。）

医療費請求書又は領収書（保険対象、治療日の分かるもの）

その他市長が必要と認めたもの



対象者	住所 坂井市		
	フリガナ.....男 氏名.....女	年 月 日生（ 歳）	
発生年月日	年 月 日 <b>注）発生届の事故日と同じ日</b>	事故の原因	<b>注）農作業中の事故であることが分かるような記載であること</b>
通院歴 ※過去1年以内で同じ部位のもの	有 ・ 無 *何れかに○を記載 (治療内容)		
傷病名			
傷病の経過			
障害の有無 (障害の内容)	有 ・ 無 ・ 未定 *何れかに○を記載 (障害の内容)		
障害等級	級 号 (労働災害補償保険法施行規則第14条の別表で定める障害等級) <b>注）障害有の場合は必ず記載（労災の認定に準ずる号級）</b>		
初診	年 月 日	転医	年 月 日 (理由) _____
入院	年 月 日から [ 日 ] 年 月 日まで	を要した	年 月 日 ・ 治癒 ・ 治療中
通院	年 月 日から [ 治療実日数 日 ] 年 月 日まで	を要した	・ 治療中止 ・ 転医 ・ 障害残 ・ 死亡
内 訳 (入院は×を、通院には○を付してください。)			入院 通院
月	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		
月	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		
月	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		
月	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		
月	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		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	<b>注1）必要な項目は全て記載が必要です。</b> <b>注2）必ず、本様式を使用してください（他の様式は不可）。</b> <b>注3）受診した医療機関に記載してもらってください。</b> <b>また、内容の訂正が必要な際は必ず、医療機関に記載してもらってください。</b>	
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
月	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		
上記のとおり診断する。 年 月 日			
医療機関		{ 所在地 名称 医師名	電話番号 — — <span style="float: right;">㊞</span>

# 記載例

整理番号	記載不要
分類番号	記載不要

〇〇年〇〇月〇〇日

## 農業者労働災害共済継続療養報告書

坂井市長 様

対象者

住所（所在地） <<番地まで記載すること>>

氏名（名称） <<罹災者本人氏名>>

印鑑不要

先に届け出た共済事故については、未だ治癒しておらず継続して療養する必要があります（障害の有無や等級が不明で）ありますので、次のとおり報告します。

対象者氏名	<b>罹災者本人の氏名</b>
【療養の状況】	医療機関名 〇〇病院 医師の氏名 〇〇〇〇
事故発生から現在までの療養経過	<p>入院期間 〇月 〇日～ 〇月 〇日（ 〇日間）  <b>※ 診断書の入院の期間や日数を記載。          通院のみなら記載不要</b></p> <p>傷病の概要  <b>※ 診断書の「疾病名」「傷病の経過」を記載する</b></p> <p><b>何れか該当するものにチェック</b></p> <p><input type="checkbox"/> 治癒する見込み 月 日ごろ  <input type="checkbox"/> 後遺障害が残る見込み  <input type="checkbox"/> 治癒する時期は未定（不明）  <b>※ いずれかに✓を入れてください。</b></p>

※ 傷病が治癒した時は、速やかに農業者労働災害共済金請求書を提出してください。

**注）事故発生から6ヵ月経過（請求期間が終了）しても治療が継続中 or 障害の有無や等級が未定で、請求期間の延長が必要な場合に提出が必要**