

医 療 救 護 活 動 状 況 報 告 書

班 名

臨床検査技師名	活 動 場 所 の 名称および所在地	活 動 状 況
		月 日 時 分から 月 日 時 分まで (活動内容)
		月 日 時 分から 月 日 時 分まで (活動内容)
		月 日 時 分から 月 日 時 分まで (活動内容)
		月 日 時 分から 月 日 時 分まで (活動内容)

臨床検査技師名簿

班 名

免許番号	氏 名	所属もしくは 勤 務 先	住 所	従事期間
				00.00.00~ 00.00.00

様式第3号

検査試薬等使用報告書

Ⅰ 検査試薬

[illegible]

様式第3号（つづき）

2 医療器具の破損等

[illegible]

事故報告書

年 月 日

年 月 日から 年 月 日までの医療救護活動において、下記のとおり事故傷病（死亡）者が発生したので報告します。

福井県知事 様

一般社団法人福井県臨床検査技師会
会 長 印

氏 名		性 別	男・女	年 齢	
住 所					
班 名		職 種		勤 務 先	
傷 病 名				程 度	重度・中等症・軽傷
外来・入院（ 月 日）			医療機関名		
受傷（発病）	日 時	年 月 日 時 分			
	場 所				
死 亡	原 因				
	日 時	年 月 日 時 分			
	場 所				
状 況					

費用弁償等請求書

年 月 日

福井県知事 様

一般社団法人福井県臨床検査技師会
会 長 印

次の金額を請求します。

金 _____ 円

ただし、 年 月 日から 年 月 日までにおける医療救護活動に対する費用弁償

様式5－（2）

1 従事内容

職 種	氏 名	所属班名	従事した業務	従事した場所

2 費用弁償明細書

職 種	氏 名	従事した期間	日 数	単 価	金 額
計					

3 旅費明細書

職 種	氏 名	日程	発着および 経 由 地	鉄道費等		日 当		宿 泊 料		計
				km	金額	日数	金額	夜数	金額	
計										

4 時間外勤務手当明細書

職 種	氏 名	従事年月日	勤務時間	手当の対象 となる時間	単 価	金 額
計						

5 検査試薬等実費明細書

品 名	使用数量	単 価	金額	備 考
計				

6 自動車等借上料明細書

借上者氏名	借上年月日	使用区間	種 類 (タクシー・ トラック)	台数	単価	金額	借上料
計							

7 機械器具等修繕明細書

所有者氏名	修繕年月日	品 名	修繕箇所	修繕業者	金 額
計					

8 燃料費明細書

氏 名	使 用 年月日	車種	走行 区間	品名	使用量	単価	金額	購入（調達）先
計								

9 事務費明細書

医 療 班 出勤総数	救 護 班 出勤延数	臨床検査技師 出勤延数	1 日 3 時間を越えて 救護活動を実施した 救護班の出勤延日数	金 額
計				

療養
休業
障害
遺族
葬祭
打切

扶助金支給申請書

年 月 日

福井県知事

様

住 所

氏 名

印

災害救助法第12条の規定による扶助金として、下記の金額を支給して下さるよう、関係書類を添えて申請します。

申請金額

円

従事者または協力者	住 所 氏 名		職 業 生年月日		
従事または協力していた救助業務					
事故発生の日時および場所					
事故発生の原因および状況					
傷病名、傷病の程度および身体の状況					
療養または休業を要する見込期間					
事故発生のとき、本人と親族関係にあった主な者の状況	氏 名	本人との続柄	生年月日	職 業	備 考
			. .		
			. .		
			. .		

添付書類
裏面のとおり

第6号様式裏面

(添付書類)

療養扶助金	医師の診断書および療養費の領収書または請求書
休業扶助金	(1) 休業が必要と認められる期間を記載した医師の診断書 (2) 休業の期間を記載した事業所の証明書 (3) 事業主または市町村長が発行する損害補償支給基礎額の算定の証明書(以下「支給基礎額算定証明書」という)
障害扶助金	(1) 障害の程度および療養開始以来の経過を詳記した医師の診断書 (2) 支給基礎額算定証明書
遺族扶助金	(1) 死亡診断書 (2) 遺族補償金の受給順位を明らかにした書類 (3) 支給基礎額算定証明書
葬祭扶助金	(1) 死亡診断書 (2) 支給基礎額算定証明書
打切扶助金	(1) 療養経過を明らかにした医師の診断書 (2) 支給基礎額算定証明書