

## 記載例 5 追加の公務災害認定請求書

(注1)

追加認定

## 公務災害認定請求書

様式第1号

\* 認定  
番号

(注2)

0000-0000

|                                                                                                      |                                                                           |                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 地方公務員災害補償基金<br>東京都支部長殿                                                                               | 請求年月日                                                                     | 平成 29 年 7 月 5 日                                                   |
|                                                                                                      | 〒 000-0000 電話 00 ( 0000 ) 0000                                            | 請求者の<br>住所 東京都〇〇区〇〇2-3-4<br>氏名 新 宿 五 郎 (新) (信) (印)<br>被災職員との続柄 本人 |
| 1<br>被災<br>職員<br>に<br>関<br>す<br>る<br>事<br>項                                                          | 所属団体名<br>(注3) 東京都                                                         | 所属部局・課・係名、電話 00 ( 0000 ) 0000<br>(注4) 〇〇局〇〇部〇〇課〇〇係                |
|                                                                                                      | 共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 都 第 56789012 号                                        |                                                                   |
|                                                                                                      | 氏名<br>新 宿 五 郎                                                             | 昭和 平成 39 年 5 月 6 日生<br>男 女 ( 53 歳)                                |
|                                                                                                      | 職 名<br>〔職層名〕 主 事 〔職務名〕 建築技術                                               | 常 勤<br>令第1条職員                                                     |
|                                                                                                      | 災害発生の日時 平成 29 年 4 月 5 日 ( 水 曜日 ) 午 前 11 時 30 分ごろ<br>(追加診断日)平成29年6月7日(水曜日) |                                                                   |
|                                                                                                      | 〒 000-0000<br>災害発生の場所 東京都〇〇区〇〇3-4-5(改修中の〇〇庁舎)                             |                                                                   |
|                                                                                                      | 傷 病 名<br>(追加認定請求傷病名)<br>尾骨骨折                                              |                                                                   |
|                                                                                                      | 傷病の部位及びその程度<br>臀部 全治1カ月                                                   |                                                                   |
| <input checked="" type="checkbox"/> 休業 (平成 29 年 4 月 5 日 ~ 29年 4 月 15 日) <input type="checkbox"/> 非休業 |                                                                           |                                                                   |

|       |          |       |                                                               |
|-------|----------|-------|---------------------------------------------------------------|
| * 受 理 | 平成 年 月 日 | * 認 定 | 平成 年 月 日                                                      |
| * 通 知 | 平成 年 月 日 |       | <input type="checkbox"/> 公 務 上 <input type="checkbox"/> 公 務 外 |

## 〔注意事項〕

- 請求者は、\*印の欄には記入しないこと。また、該当する□に✓印を記入すること。
- 「職名」の欄には、職員が災害を受けた当時の職名を、例えば自動車運転手、車掌、守衛、技師、教諭、船員、用務員、作業員、巡査、消防士等と記入すること。
- 令第1条職員とは、再任用短時間勤務職員等及び常勤の非常勤職員をいう。(P.2~3 参照)
- 「2 災害発生の状況」又は「\*5 任命権者の意見」の欄の記入に当たって別紙用紙を用いるときは、本欄には「別紙のとおり」と記入し、その別紙について所属部局の長の証明を受け、又は任命権者の意見の記入を求めること。

|                  |                                         |
|------------------|-----------------------------------------|
| 共済組合員証（健康保険証）を使用 | <input type="checkbox"/> した（理由： ）       |
|                  | <input checked="" type="checkbox"/> しない |

## 注意事項

- (注1) この位置に必ず朱書きで記入してください。
- (注2) 最初の認定番号を必ず記入してください。
- (注3.4) 災害発生時、被災職員が所属していた地方公共団体名、部局について記入してください。
- (注5) 別紙に災害発生から追加認定請求時までの症状経過、療養状況（必要に応じて勤務状況）を経時的に記入してください。別紙にも、所紙にも、所属部局の証明が必要です。
- (注6) その他各項目の記入に際しては、P.76の「記載例1 公務災害認定請求書」の「記載上の注意」を参照してください。



|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 2<br>災<br>害<br>発<br>生<br>の<br>状<br>況      | 平成29年4月26日付けで認定(傷病名、臀部打撲・挫傷)を受け、〇〇医院(整形外科)で療養を続けてきましたが、臀部の痛みが長びき回復が遅いため、主治医の紹介で、6月7日(火)〇〇病院整形外科で精密検査を受けたところ、尾骨骨折と診断されました。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|                                           | これは4月5日の災害が原因と考えられますので、追加認定の請求をします。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |
|                                           | なお、災害発生から追加認定請求傷病の診断を受けるまでの臀部の症状経過は、別紙症状経過書のとおりです。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |
| *<br>3<br>所<br>属<br>部<br>局<br>の<br>証<br>明 | 1及び2については、上記のとおりであることを証明します。<br>平成29年7月7日<br>所属部局の { 所在地 〇〇区〇〇1-2-3<br>名称 〇〇局〇〇部〇〇課<br>長の職・氏名 〇〇課長 〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| 4<br>添<br>付<br>す<br>る<br>資<br>料<br>名      | <input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 見取図 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 関係規程 <input type="checkbox"/> 定期健康診断記録簿の写 <input type="checkbox"/> 既往病歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input checked="" type="checkbox"/> 症状経過書 <input type="checkbox"/> その他 |  |  |
| *<br>5<br>任<br>命<br>権<br>者<br>の<br>意<br>見 | 9 1 6 本件は調査の結果、公務上の災害に該当するものとする。<br>平成29年7月11日<br>任命権者の職・氏名 東京都知事 〇〇〇〇                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |  |

- 5 「\*3所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 6 「\*5任命権者の意見」の欄中  には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
- 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
- 5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 7 「\*5任命権者の意見」の欄中  には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
- 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師、助産師 04 その他の医療技術者
- 05 保育士・児童自立支援専門員・寄宿舎指導員等 06 船員 07 タイピスト・キーパンチャー
- 08 電話交換手 09 調理員 10 道路補修員 11 特別支援学校教員
- 12 特別支援学校教員以外の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃業務員 16 その他の職員
- 8 「請求者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。