

## 公務災害認定請求書

		* 認定 番号	
地方公務員災害補償基金 東京都支部長殿		請求年月日(注1)	令和2年11月25日
下記の災害については、公務により生じたものであることの認定を請求します。		〒000-0000 電話 000(000)0000	
		請求者の 住所	東京都〇〇市〇〇町1-2
		氏名(注2)	新宿太郎
		被災職員との続柄	本人
1 被災 職員 に 関 する 事 項	所属団体名(注3)	所属部局・課・係名、電話(注4)	00(0000)0000 〇〇局〇〇部〇〇課〇〇係
	健康保険組合員証記号番号(注5)	都第	12345678号
	氏名(注6)	昭和45年2月1日生	
	新宿太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(50歳)
	職名(注7)	主事 [職務名] 一般作業	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
	災害発生の日時(注8)	令和2年11月2日(月曜日)午	前後 3時00分ごろ
	災害発生の場所(注9)	〒000-0000 〇〇区〇〇2-10 先公園予定地	
	傷病名(注10)	右下腿骨骨折	
傷病の部位及びその程度(注11)	右足約4週間の入院加療		
		<input checked="" type="checkbox"/> 休業(令和2年11月2日~令和2年11月30日)	<input type="checkbox"/> 非休業

*受理 (到達した年月日)	所属部局 年月日	任命権者 年月日	基金支部 年月日
*通知	年月日	*認定 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外	年月日

## 【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、主事、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的非常勤職員をいう。
- 「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17 共済組合員証を使用「した」場合は、その理由を記載してください。)

(注12) 2 災 害 発 生 の 状 況	当日、午後1時30分から私は〇〇区〇〇2-10先公園予定地を杭で囲う作業に従事していた。積み上げられた杭(直径約12cm、長さ150cm)を取ったところ、突然、杭の山が崩れ出し、その中の1本が飛びはねて、右足のすねに強く当たって激痛を感じ、動けなくなった。	
	すぐに近所の電話で上司に事故の報告をしてから、作業を同僚職員に頼んで、近くの整形外科で診察を受けた。	
*3 所 属 の 証 明 の 局	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。 令和2年11月27日	
	(注13) 所属部局の	所在地 〇〇区4-2-1 名称 東京都〇〇局〇〇部 長の職・氏名 〇〇部長 〇〇〇〇
4 添付する資料名 (注14)	<input checked="" type="checkbox"/> 診断書 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input type="checkbox"/> 災害発生状況見取図 <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 checked="" 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(出張証明書)	
*5 任 命 権 者 の 意 見	(注15) 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。 令和2年11月30日 任命権者の職・氏名 東京都知事 〇 〇 〇 〇	

〇〇課  
2年11月27日  
收受

(注16)

- 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・寄宿舍指導員等 06 船員 07 土木技師・農林水産技師・建築技師  
 08 調理員 09 運転士・車掌等 10 義務教育学校教員 11 義務教育学校以外の教員  
 12 その他の教育公務員 13 警察官 14 消防吏員 15 清掃職員 16 その他の職員
- 8 年月日の記載には元号を用いる。