

再発

公務災害認定請求書

		* 認定 番号	0000-0000
地方公務員災害補償基金 東京都支部長殿		請求年月日	令和2年12月21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	〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3
		氏名	江 戸 桜
		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	所属部局・課・係名、電話 00(0000)0000	
	〇〇区	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 7777777 号
	氏名	江 戸 桜	昭和54年12月10日生
	職名	主 事	□男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 (40歳)
		[職務名] 保健師	<input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 □令第1条職員
	災害発生の日時	令和2年1月6日(月曜日)午 前	3時00分ごろ
	(再発診断日)	令和2年11月27日(金曜日)	後
	〒000-0000	災害発生の場所 東京都〇〇区〇〇3-4-5 〇〇保健所2階階段	
	傷病名	左脛骨骨折のボルト除去術	
傷病の部位及びその程度	左脛骨を固定したボルトを除去 手術(ボルト除去)のため、約1週間の入院予定		
<input checked="" type="checkbox"/> 休業(令和2年12月1日~令和2年12月8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	年 月 日 <input type="checkbox"/> 公務上 <input type="checkbox"/> 公務外
【注意事項】			
1 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。			
2 「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。			
3 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。			
4 「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		□した(理由:) <input checked="" type="checkbox"/> しない	

災害発生状況	令和2年1月6日(月)、2階から会議で使用したファイル20冊を抱えて1階に下りる際、足下がよく見えなかったために階段の上から3段目を踏み外して転倒し、左脛骨を骨折した。即日入院し、骨折部を金属(ボルト)で接合する手術を受け、療養した結果、令和2年5月26日(火)に治癒した。
	2 今回は、骨折部癒合により、接合していた金属(ボルト)の除去手術を行う。
*3 所属の証明の	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 12 月 23 日 <div style="display: flex; align-items: center; margin-left: 100px;"> { <div style="margin-left: 5px;"> <p>所在地 ○○区○○3-4-5</p> <p>名称 ○○区○○部○○課</p> <p>長の職・氏名 ○○課長 ○○○○</p> </div> </div>
4 添付する資料名	<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 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 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
*5 任命権者の意見	<div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-bottom: 10px;">9 0 3</div> <p style="text-align: center;">本件は調査の結果、公務上の災害に該当するものとする。</p> <p style="text-align: center;">令和 2 年 12 月 25 日</p> <p style="text-align: center;">任命権者の職・氏名 ○○区長 ○ ○ ○ ○</p>

○○課
 2年12月23日
 收受

- 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。