

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5年11月1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〇-〇-〇	
		ふりがな 氏名	江戸桜 (自署又は押印)	
		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 〇〇市	所属部局・課・係名、電話 000(000)0000 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		
	ふりがな 氏名	江戸桜 平成6年8月8日生 □男 □女 (29歳)		
	職名 〔職層名〕	主事 〔職務名〕 保健師 □常勤 □令第1条職員		
	災害発生の日時 (再発診断日)	令和4年11月11日(金曜日) 午 前 10時30分ごろ 令和5年9月29日(金曜日) 午後		
	〒 000-0000 災害発生の場所	東京都〇〇区〇〇〇3-4-5 〇〇保健所2階階段		
	傷病名	左脛骨々折のボルト除去術		
	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5年9月29日～令和5年10月5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 □公務上 □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、定年前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
------------------	--

2 災 害 発 生 の 状 況	令和4年 11 月 11 日(金)、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5年5月1日(月)に治癒した。	
	今回は、骨折部融合により、接合していた金属(ボルト)の除去手術を行う。	
*3 所 属 部 局 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。 文書番号 5000第000号 令和 5 年 11 月 7 日 所属部局の { 所在地 〇〇区3-4-5 名 称 〇〇区〇〇部〇〇課 長の職・氏名 〇〇課長 〇〇 〇〇 (文書番号、所属部局の長の自署若しくは押印又は公印)	
4 添付する資料名	<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"/> 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 solid black; display: inline-block; padding: 2px;">9</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">3</div>	文書番号 5000第000号 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 5 年 11 月 10 日 任命権者の職・氏名 〇〇区長 〇〇 〇〇 (文書番号又は公印)

〇〇課
5年11月1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 「請求者の氏名」の欄は、自署又は押印をすること。所属部局の長の証明は、文書番号、所属部局の長の自署若しくは押印又は公印を押印すること。任命権者の意見の欄は文書番号又は公印を押印すること。
- 9 年月日の記載には元号を用いる。