

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 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。	請求年月日(注1) 令和 5 年 5 月 25 日 〒000-0000 電話 000(000)0000 請求者の 住 所 東京都〇〇市〇〇町1-2 ふりがな(注2) <small>しんじゅく たろう</small> 氏 名 新宿 太郎 (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 (注3) 東京都 所属部局・課・係名、電話 000(000)0000 (注4) 〇〇局〇〇部〇〇課〇〇係 (注5) 共済組合員証 健康保険組合員証記号番号 都 第 12345678 号 (注6) <small>しんじゅく たろう</small> 氏 名 新宿 太郎 平成 2 年 2 月 2 日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (33 歳) 職 名 <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 (注7) [職層名] 主 事 [職務名] 一般作業 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 (注8) 災害発生の日時 令和 5 年 5 月 2 日 (金 曜日) 午 <small>前</small> 3 時 00 分ごろ (注9) 〒 000-0000 災害発生の場所 〇〇市〇〇町2-3-4先交差点 (注10) 傷 病 名 右下腿骨々折 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 5 年 5 月 3 日～ 令和 5 年 5 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	年 月 日 <input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当

〔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、巡查、消防士等と記入すること。
- 3 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。
- 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	<input checked="" type="checkbox"/> した（理由：公務災害になることを知らなかった為） <input type="checkbox"/> しない
------------------	--

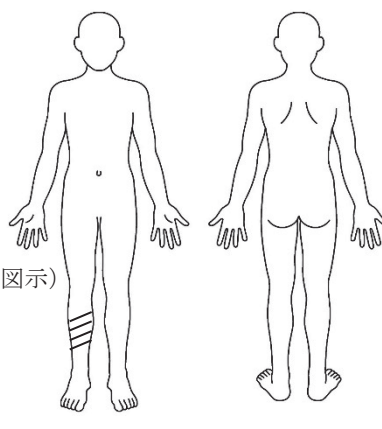
(注17) 共済組合証を使用「した」場合は、その理由を記載してください。

(注12) 2 災 害 発 生 の 状 況	当日、午後1時30分から私は〇〇区〇〇〇5-6-1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)をとったところ、突然、杭の山が崩れだし、その中の1本が飛び跳ねて、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。							
(注16) *3 所 長 の 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 50000第〇〇号 令和5年5月27日 (注13) 所属部局の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr><td>所在地</td><td>〇〇区4-2-1</td></tr> <tr><td>名称</td><td>東京都〇〇局〇〇部</td></tr> <tr><td>長の職・氏名</td><td>〇〇部長 〇〇 〇〇</td></tr> </table> <small>(文書番号、所属部局の長の自署若しくは押印又は公印)</small>		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
	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							
(注14) 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 checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他(旅行命令簿)							
*5 任 命 権 者 の 意 見	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">6</td> </tr> </table> (注15) 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5月30日 任命権者の職・氏名 東京都知事 〇〇 〇〇 <small>(文書番号又は公印)</small>	9	1	6	文書番号 50000第〇〇号			
9	1	6						

〇〇課
5年5月25日
收受

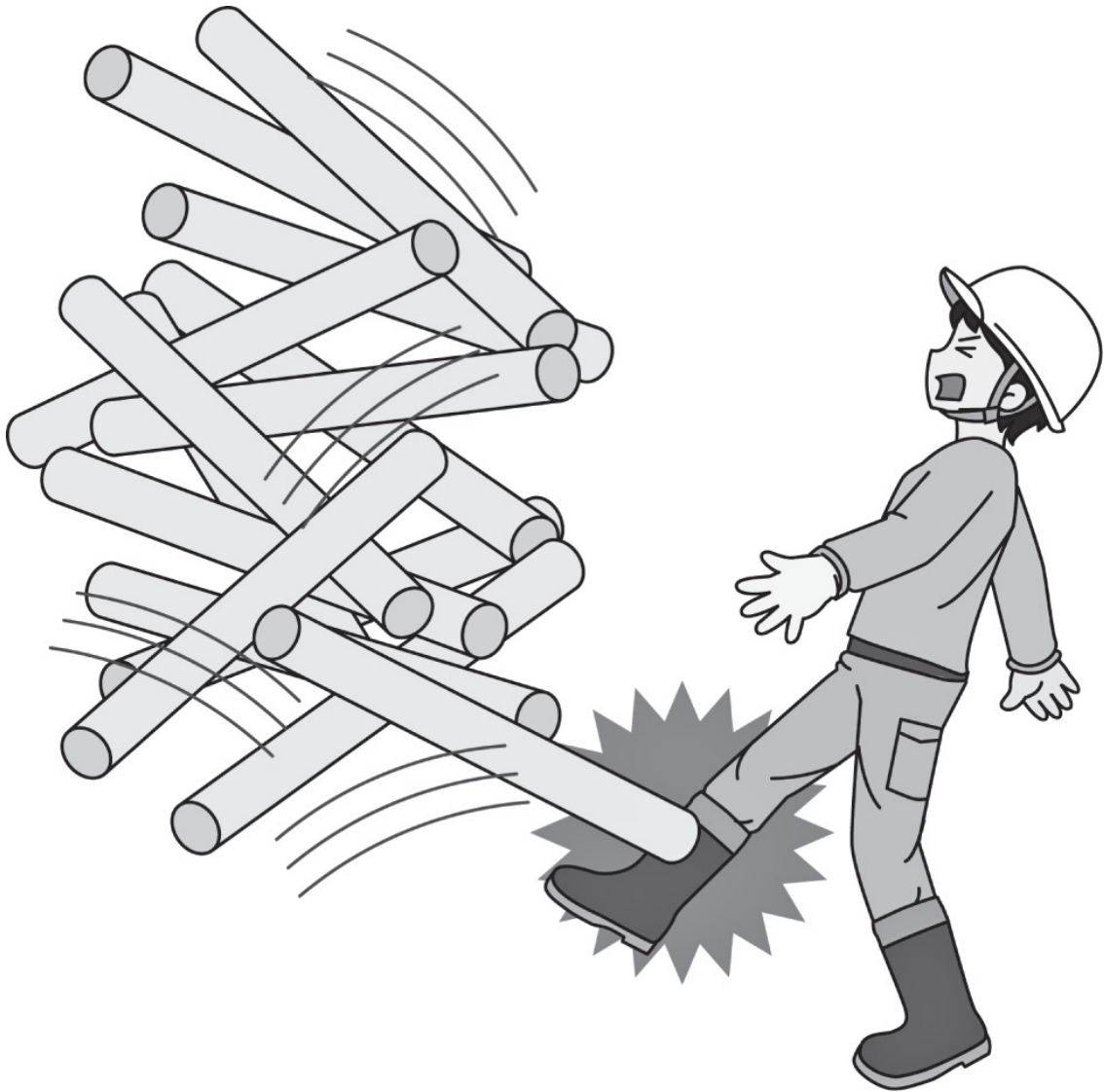
- 5 「*3所属部局の長の証明」の欄の証明が困難である場合の取扱いは、地方公務員災害補償基金に相談すること。
- 6 「*5任命権者の意見」の欄中 には、下記の9種類の区分番号を記入すること。
- 1 義務教育学校職員 2 義務教育学校職員以外の教育職員 3 警察職員 4 消防職員
5 電気・ガス・水道事業職員 6 運輸事業職員 7 清掃事業職員 8 船員 9 その他の職員
- 7 「*5任命権者の意見」の欄中 には、下記の16種類の区分番号を記入すること。
- 01 医師・歯科医師 02 看護師 03 保健師・助産師 04 その他の医療技術者
05 保育士・寄宿舎指導員等 06 船員 07 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。

診 断 書 (施 術 証 明 書)

被災職員	氏 名 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">新宿 太郎</p> 生年月日 平成 2 年 2 月 2 日 (33 歳)	傷病名 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">右下腿骨骨折</p>
災害発生日 令和 5 年 5 月 2 日		初診日 令和 5 年 5 月 2 日
問診内容 (初診) 積み上げられた杭を取ったところ、突然、杭の山が崩れし、その中の1本が飛び跳ねて、右足のすねに強く当たって激痛を感じ動けなくなった。		
身体所見 脊 柱 神経学的症状 運動障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害 (右図示) 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 筋萎縮 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位 :)	関節 可動域の状況 可動域制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()	
検査所見 (X線・MRI・CT・血液等) X-P上、骨折所見		
治療内容・経過 固定(シーネ)		
本件傷病の主な発症原因 (素因・既往病歴との因果関係の有無) 杭が当たったことによる		
・療養見込み 令和 5 年 5 月 3 日から約 3 日・ <u>ヶ月</u> の療養を要する見込み ・休業見込み 令和 5 年 5 月 3 日から約 27 <u>日</u> ・ <u>ヶ月</u> の休業を要する見込み		
現在又は最終診断日 (令和 5 年 5 月 3 日現在) の所見及び今後の見通し <p style="text-align: center;">骨癒合が認められれば、治ゆ</p>		
本診断書 (施術証明書) 記載日の状態 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 (医療機関名 :) <input type="checkbox"/> 不明 (理由 :) 治ゆ見込 令和 5 年 8 月頃		
上記のとおり診断 (証明) します。 令和 5 年 5 月 3 日	所在地 千代田区永田町〇-〇-〇 名 称 関東整形外科病院 医師名 関東 次郎 (柔道整復師)	
		(自署又は押印)

注 1 公務災害・通勤災害の認定請求をされる場合、診断書(施術証明書)は、原則としてこの用紙を使用してください。
 2 診断書(施術証明書)等の作成にあたっては、裏面を参照してください。
 3 全診療科共通の様式です。(柔道整復師の場合は施術証明書になります。)

災害発生状況見取図



杭の直径 約 12cm
長さ 150cm
1本の重さ 約〇〇kg

被災職員の身長 168 cm
体重 56 kg

作成者 氏名 四谷 花子

記載上の注意

記載例1 公務災害認定請求書（一般災害の場合）

- (注1) 認定請求書を所属に提出する日を記入してください。
- (注2) 死亡の場合は遺族となります。氏名は自署又は押印の上、氏名にふりがなをつけてください。
- (注3) 被災時に被災職員が所属していた地方公共団体名、地方独立行政法人名を記入してください。
- (注4) 被災時に所属していた部局課係名を記入してください。
なお、請求時に所属している部局課係名が被災時と異なるときは、その旨を注記してください。
- (注5) 該当のものを○で囲み、記号と番号を記入してください。
- (注6) 氏名にはふりがな、年齢は被災時の年齢を記入してください。
- (注7) 職員が災害を受けた当時の職名を記入してください。
(例) 巡査・消防士・土木作業・教諭・船員・医師等。都・区市職員の場合は職層名（理事・参事・副参事・主事）と職務名（一般事務・保育士・看護師・給食調理）を記入してください。
次により該当する□に✓印を付けてください。
□常勤……常時勤務に服することを要する者
□令第1条職員……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。(P. 2～3参照)
- (注8) 負傷した日（負傷の原因となった事故の発生した日）を記入してください。
なお、疾病の場合は医師の診断によって確定した日を記入してください。
- (注9) 負傷した場所（負傷の原因となった事故の発生した場所）を記入してください。
- (注10) 認定請求用の「診断書（施術証明書）」に医師（柔道整復師）が記載した傷病名を記入してください。
- (注11) 認定請求用の「診断書（施術証明書）」に医師（柔道整復師）が記載した部位及びその程度を記入してください。
- (注12) 具体的かつ客観的に、災害発生時の状況がわかるように詳しく記入してください。（記入しきれない場合は、別紙を用いて記入し、その別紙に所属部局の長の証明を受けてください。）
負傷の場合は、①どの場所で ②どのような作業を行っているときに ③どのような物又は環境に ④どのような危険又は有害な状態があつて ⑤どのようにして災害が発生したか。
疾病の場合は、身体的素因と勤務状況等を明らかにすることが必要です。
- (注13) 1及び2に記載されたことを所属部局の長（被災職員の管理者である課長以上の職又はこれに相当する職にある者）がその事実を調査し証明してください。所属部局の長の証明は文書番号の記載、所属部局の長の自署若しくは押印又は公印を押印してください。
- (注14) 添付に必要な資料名の□に✓印を付してください。その他の場合は、添付する資料名を記入してください。
- (注15) 公務上の災害であるかどうか、疑義がある場合は、その旨の意見を記入してください。
(例) 本件は調査の結果、公務に起因する疾病であるか否か判断が困難である。
- (注16) 所属に提出があつたときに収受印等を押印して、収受日を明らかにしてください。
- (注17) 公務災害の場合、原則として共済組合員証（健保）を使用することはできません。

※ これらの注意事項は、記載例2から記載例6までの場合についても参照してください。

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 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。	請求年月日 令和 5 年 6 月 14 日 〒000-0000 電話 000(000)0000 請求者の 住 所.....〇〇県〇〇市〇〇町 123-4 ふりがな <small>しんじゅく じろう</small> 氏 名.....新宿 次郎.....(自署又は押印) 被災職員との続柄.....本人	
	所属団体名 〇〇区	所属部局・課・係名、電話 000(000)0000 〇〇部〇〇清掃事務所〇〇係
1	共済組合員証 健康保険組合員証記号番号 都 第 12345678 号	
被	ふりがな <small>しんじゅく じろう</small> 氏 名.....新宿 二郎..... 昭和 55 年 5 月 5 日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (44 歳)	
災	職 名.....主 事..... [職務名] 一般技能..... <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第 1 条職員	
員	災害発生の日時 令和 5 年 5 月 9 日 (火 曜 日) 午 ^前 10 時 50 分ごろ 後	
に	〒 000-0000 災害発生の場所 〇〇区〇〇〇3-15 集積所	
関	傷 病 名.....腰 椎 捻 挫	
す	傷病の部位及びその程度 腰部 約2週間の安静加療	
る	<input checked="" type="checkbox"/> 休業 (令和 5 年 5 月 10 日～ 令和 5 年 5 月 19 日) <input type="checkbox"/> 非休業	
事		
項		

*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"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 非 該 当

〔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、巡查、消防士等と記入すること。
- 3 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。
- 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	<input checked="" type="checkbox"/> した（理由：公務災害になることを知らなかった為） <input type="checkbox"/> しない
------------------	--

2 災 害 発 生 の 状 況	<p>当日私は〇〇区〇〇3-15の現場で、可燃ゴミの収集作業に従事していました。この現場は飲食店が集中していて、大量の厨茶ごみが出されており、ゴミ袋から油が染み出しているせいで路上はかなりベタベタしている状態でした。</p> <p>ゴミ袋(重さ約〇kg)を収集車の近くに運び、収集車の前で持ち上げたとき、路上に広がった油で右足が滑り、バランスを崩してしまいました。ゴミ袋を落とさないよう踏ん張ったときに腰に激痛が走り、ゴミ袋は何とか落とさずに積み込みましたが、あまりの痛さに、その場にうずくまってしまいました。</p> <p>ゴミ袋がまだ残っていたため、我慢して作業を続けましたが、痛みが治まらないので、事務所に電話して技能長に報告し、一度事務所に戻ってから、〇〇整形外科で受診を受けました。</p>	
*3 所 長 の 証 明 の	<p>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 5〇〇〇〇第〇〇号 令和5年6月19日</p> <p>所属部局の { 所在地 〇〇区1-31-20 名 称 〇〇区〇〇部〇〇清掃事務 長の職・氏名 〇〇所長 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)</p>	
4 添 付 す る 資 料 名	<p><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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>その他(旅行命令簿)</p>	
*5 任 命 権 者 の 意 見	<p>9 1 6</p>	<p>文書番号 5〇〇〇〇第〇〇号</p> <p>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>令和5年6月23日</p> <p>任命権者の職・氏名 〇〇区長 〇〇 〇〇</p> <p>(文書番号又は公印)</p>

〇〇課
5年6月14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・寄宿舎指導員等 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。

現 認 書
 事 実 証 明 書

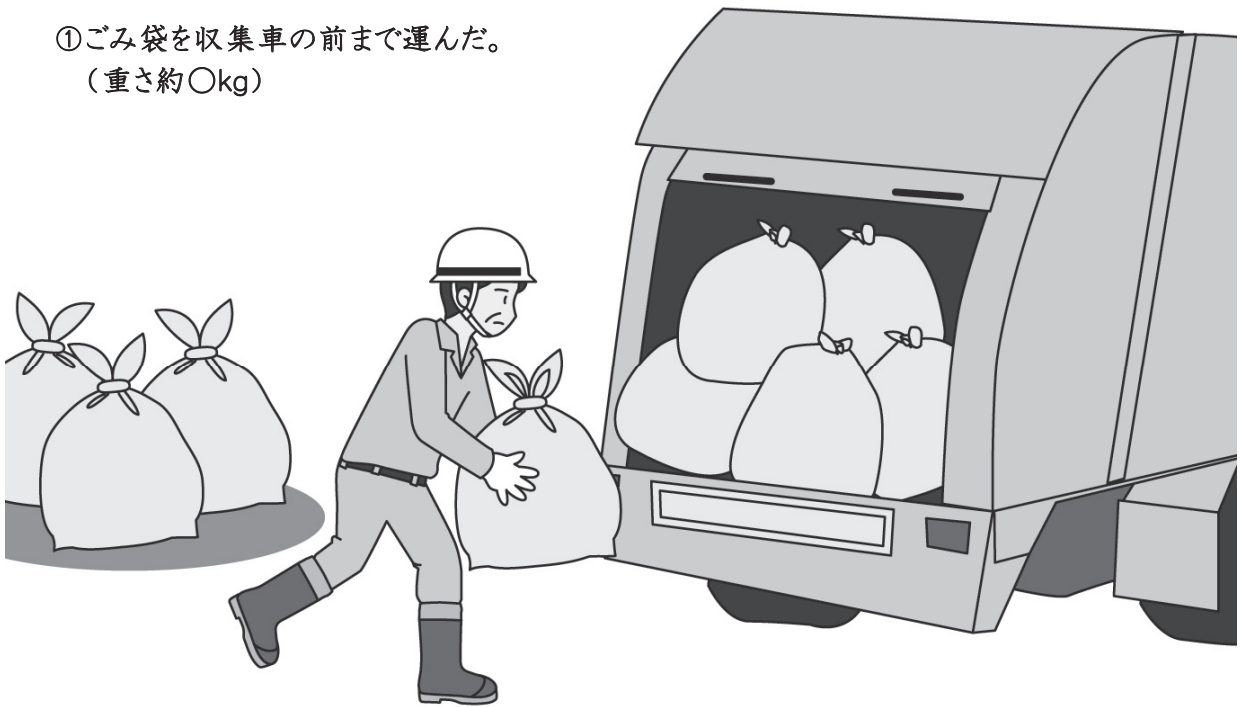
1	被災職員氏名	新宿 二郎
	災害発生の日時	令和 5 年 5 月 9 日（火） 午 前 10 時 50 分ごろ
	災害発生の場所	〇〇区 〇〇3-15 集積所
2 現 認 及 び 報 告 ・ 連 絡 の 状 況	午前 10 時 50 分頃、私は新宿二郎主事と二人で可燃ごみ収集 作業に従事していました。新宿さんが収集車の前でゴミ袋を持ち上げ たとき、足下の油で滑ってバランスを崩しているのを見ました。その場にう ずくまっていたので、「大丈夫ですか」と声をかけたところ、新宿さんは 「腰を痛めてしまった」と言っていました。	
	注 1：現認者が、いつ、どこで、何をしていたときに、被災 職員に何が起き、どのような結果が生じたか（5W1H）、 現認者が被災職員の災害発生について目撃した状況をで きるだけ詳細に記入してください。	
	注 2：事実証明書の記載例は P. 89 を参照してください。	
3	<input checked="" type="checkbox"/> 現認しました。 1 及び 2 について、 <input type="checkbox"/> 事実を証明します。	
令和 5 年 6 月 14 日 〇〇区〇〇部〇〇清掃事務所 所属・職・氏名 主事 中野 一郎		

注 1 原則として、「現認書」は現認した所属職員が作成すること。現認者がなく、災害発生の連絡があったときは、「事実証明書」として、連絡を受けた職員が聞き取った内容を記載して証明すること。

2 3 の 1 及び 2 の証明について現認又は事実証明にチェックを付けて下さい。

災害発生状況見取図

- ① ゴミ袋を収集車の前まで運んだ。
(重さ約 〇kg)



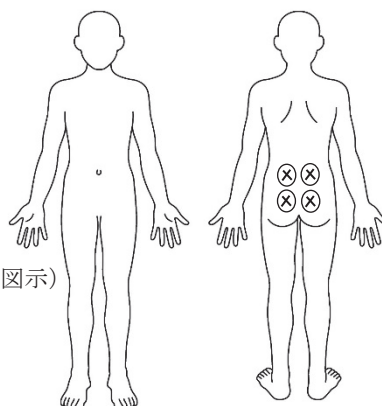
- ② 収集車に積み込もうとゴミ袋を持ち上げたとき、油で右足が滑ってバランスを崩し、腰に激痛が走った。



被災職員の身長 177 cm
体重 75 kg

作成者 氏名 杉並 花子

診 断 書 (施 術 証 明 書)

被災職員	氏 名 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">新宿 二郎</p> 生年月日 昭和 55 年 5 月 5 日 (44 歳)	傷病名 <p style="text-align: center; font-size: 1.2em;">腰椎捻挫</p>
災害発生日 令和 5 年 5 月 9 日		初診日 令和 5 年 5 月 9 日
問診内容 (初診) ゴミを運んでいるとき、足を滑らせて腰を捻った。		
身体所見 脊 柱 神経学的症状 運動障害 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 知覚障害 (右図示) 腱反射異常 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 筋委縮 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (部位 :)	関節 可動域の状況 可動域制限 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()	 <p>痛みの部位 (右図示) 運動痛 (○印) 圧 痛 (×印) 自発痛 (△印)</p>
検査所見 (X線・MRI・CT・血液等) 単純X線上、特記すべき所見なし。		
治療内容・経過 腰部の運動痛、圧痛著明。湿布処方の上、腰部固定。		
本件傷病の主な発症原因 (素因・既往病歴との因果関係の有無) 素因・既往との因果関係はないと考えられる。作業中に体勢を崩したため、筋肉等に損傷が起きたものと思われる。		
・療養見込み 令和 5 年 5 月 10 日から約 21 日 (目)・ケ月の療養を要する見込み ・休業見込み 令和 5 年 5 月 10 日から約 10 日 (目)・ケ月の休業を要する見込み		
現在又は最終診断日 (令和 5 年 5 月 18 日現在) の所見及び今後の見通し 安静加療により疼痛軽減の見込み。		
本診断書 (施術証明書) 記載日の状態 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input checked="" type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 (医療機関名 :) <input type="checkbox"/> 不明 (理由 :) 治ゆ見込 令和 5 年 6 月頃		
上記のとおり診断 (証明) します。 令和 5 年 5 月 18 日	所在地 千代田区永田町〇-〇-〇 名 称 関東整形外科病院 医師名 関東 次郎 (柔道整復師) (自署又は押印)	

注 1 公務災害・通勤災害の認定請求をされる場合、診断書(施術証明書)は、原則としてこの用紙を使用してください。
 2 診断書(施術証明書)等の作成にあたっては、裏面を参照してください。
 3 全診療科共通の様式です。(柔道整復師の場合は施術証明書になります。)

症 状 経 過 書

年 月 日	症 状 等	医療機関名・所在地・治療等
令和 5 年 5. 9	腰に激痛があり、整形外科受診。	関東整形外科病院 千代田区永田町〇-〇-〇 レントゲン、湿布、腰をベルトで固定
5. 12	痛みはさらに悪化	東京整形外科病院 新宿区西新宿〇-〇-〇 MRI 撮影、〇〇処方、引き続きベルトで固定
5. 17	痛みはだいぶ和らぎ、歩くのも楽になってきた。	通院
5. 24	痛みがほとんどなくなってきた。	通院
6. 1	主治医より、治ゆと診断される。	通院

被災（発症）時から初診時及び現在までの症状経過は上記のとおりです。

令和 5 年 6 月 14 日

地方公務員災害補償基金

東京都支部長 殿

所 属 〇〇区〇〇部〇〇清掃事務所

請求者

氏 名 新宿 二郎

- 注 1 原則として日単位で記入し、長期にわたるときは、適宜週又は月単位で記入すること。
 2 「症状等」欄は、痛み等の自覚症状が体のどの部分にあったかを記入すること。
 3 「医療機関名・所在地・治療等」欄は、医療機関名（転医するごとに記入する）、住所、治療については投薬・湿布・手術等の手当・治療・レントゲン検査・CT・生化学検査などの諸検査の名称を記入すること。
 4 書ききれない場合は、適宜別紙に記入すること。

既往病歴報告書

傷病名	発症時期	発症原因・症状・治療経過 ・休業期間等	治ゆ時期	医療機関名 ・所在地
腰椎捻挫	令和 3 年 2 月 15 日	粗大ゴミの収集作業中に腰を痛める。 公務災害認定 認定番号 0000-0000	令和 3 年 3 月 8 日	△△病院 (初診:令和3年 2月15日) 〇〇区△△1-2 -3
右足関節捻挫	令和 4 年 11 月 27 日	収集作業の途中で路肩の段差を踏 みはずして足首を捻る。 公務災害認定 認定番号 0000-0000	令和 4 年 12 月 16 日	〇〇整形外科 (初診:令和4年 11月28日) 〇〇区〇〇2 -29-8

私の既往歴について以上のとおり報告します。

令和 5 年 6 月 14 日

地方公務員災害補償基金

東京都支部長 殿

所属 〇〇区〇〇部〇〇清掃事務所

氏名 新宿 二郎

- 注 1 医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは薬品名等を記入すること。
 2 公務（通勤）災害に認定された傷病にはその旨を記し、認定番号を付記すること。
 3 現在療養中の傷病及び請求傷病と同一部位の傷病については、必ず記載すること。

既往病歴報告書

傷病名	発症時期	発症原因・症状・治療経過 ・休業期間等	治ゆ時期	医療機関名 ・所在地
糖尿病	平成 29 年 4 月	のどが渇き、体のだるさが続くので病院で診察を受ける。 約1年半通院投薬を受ける。		〇〇病院 〇〇区△△ 2-3-4
狭心症	令和 2 年 2 月	朝起きたとき、急に胸が痛み息苦しくなり入院。(約2ヶ月間)		〇〇病院 〇〇区△△ 2-3-4
高血圧症	令和 4 年 3 月	頭が重く、めまいがたびたび起こるので、医院で診療を受ける。通院により投薬を受ける。		××病院 〇〇区×× 12-4-5

私の既往歴について以上のとおり報告します。

令和 5 年 6 月 14 日

地方公務員災害補償基金
東京都支部長 殿

所属 〇〇区〇〇部〇〇清掃事務所

氏名 新宿 二郎

- 注 1 医師にかかっていない場合でも、売薬等を用いていたときは薬品名等を記入すること。
 2 公務（通勤）災害に認定された傷病にはその旨を記し、認定番号を付記すること。
 3 現在療養中の傷病及び請求傷病と同一部位の傷病については、必ず記載すること。

通災 通勤災害認定請求書

〔法第2条第2項第1号関係
住居と勤務場所との間の往復の場合〕

* 認定
番号

地方公務員災害補償基金 東京都支部長殿 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。	請求年月日 令和5年8月30日 〒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 氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく さぶろう</small> 新宿 三郎 (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 〇〇(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 記号〇〇 第 012345 号 氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく さぶろう</small> 新宿 三郎 平成8年7月12日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (27歳) 職名 [職層名] 主事 [職務名] 一般事務 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 災害発生の日時 令和5年8月2日(水曜日) 午 前 6時00分ごろ 〒 000-0000 災害発生の場所 〇〇市〇〇町2-3-4先交差点 傷病名 頭部外傷 頸椎捻挫 傷病の部位及びその程度 頸椎捻挫により通院中 <input checked="" type="checkbox"/> 休業(令和5年8月5日～令和5年8月23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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

〔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、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。
- 4 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい(公務の性質を有するものを除く。)、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。
 ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。
 したがって、「2 災害発生の状況等」の欄には、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかとなるよう、その状況を記入すること。
- 5 「2 災害発生の状況等」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 等	(1) 災害発生の日の勤務開始（予定）時刻 又は、勤務終了の時刻	午 <input checked="" type="radio"/> 前 <input type="radio"/> 後 5 時 15 分 ごろ
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	午 <input type="radio"/> 前 <input type="radio"/> 後 時 分 ごろ
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 <input checked="" type="radio"/> 前 <input type="radio"/> 後 5 時 30 分 ごろ
	(4) 災 害 発 生 の 状 況	
	8月2日午後6時00分頃、職場から自宅へ自転車で帰宅	
	途中、〇〇市〇〇町2-3-4の横断歩道上を信号が青に	
	なったので、自転車を押して渡っていたところ、前方から右折して	
	きた乗用車に追突され、左側に転倒し、頭部を強く打ちつけて	
	しまった。	
	相手方が呼んだ救急車で〇〇病院へ運ばれた。	
*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 5〇〇〇第〇〇号 令和 5 年 9 月 1 日 所属部局の { 所在地 〇〇市〇〇1-1-1 名 称 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 checked="" type="checkbox"/> 現認書又は事実証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者加害報告書 <input checked="" type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 災害発生状況見取図 <input checked="" 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	
*5 任 命 権 者 の 意 見	9 1 6	文書番号 5〇〇〇第〇〇号 本件は通勤による災害に該当するものと考える。 令和 5 年 9 月 6 日 任命権者の職・氏名 市長 〇〇 〇〇 (文書番号又は公印)

〇〇課
5年8月30日
收受

- 6 「2 災害発生の状況等」の(1)の欄には、災害が出勤の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合は、勤務終了の時刻を記入すること。また、(2)の欄は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)の欄は、災害が退勤の際に生じた場合にそれぞれ記入すること。
- 7 「*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。
- 8 「*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
- 9 「*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・寄宿舎指導員等 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
- 10 「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の記載又は公印を押印すること。
- 11 年月日の記載には元号を用いる。

現 認 書
 事 実 証 明 書

1	被災職員氏名	新宿 三郎
被災職員に 関する事項	災害発生の日時	令和 5 年 8 月 2 日（水） 午 ^前 _後 6 時 00 分ごろ
	災害発生の場所	〇〇市 〇〇町2-3-4先 交差点
2 現認 及び 報告・ 連絡の 状況	令和5年8月3日（木）午前8時15分頃、本人より電話があり、昨日の午後6時00分頃自転車で帰宅途中、〇〇市〇〇町2-3-4付近の横断歩道を自転車を押して横断中、前方から右折してきた乗用車と接触をしたため転倒し、負傷したとの報告を受けた。	
	注1：被災職員が、いつ、どのような方法で、被災職員に、いつ、どこで、何が起き、どのような結果が生じたとの連絡（報告）を受けたかをできるだけ詳細に記入してください。 2度に分けて報告を聞いた時はその日時ごとに記載してください。	
	注2：現認書の記載例はP.81を参照してください。	
3 現認 事実 証明 職員 又は 職員	1及び2について、 <input type="checkbox"/> 現認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 事実を証明します。	
	令和 5 年 8 月 30 日 〇〇部〇〇課〇〇係 所属・職・氏名 係長 〇〇 〇〇	

注1 原則として、「現認書」は現認した所属職員が作成すること。現認者がなく、災害発生の連絡があったときは、「事実証明書」として、連絡を受けた職員が聞き取った内容を記載して証明すること。

2 3の1及び2の証明について現認又は事実証明にチェックを付けて下さい。

目撃者	<input type="checkbox"/> いる (氏名 ○○ ○○ 連絡先 ○○○-○○○○-○○○○) <input type="checkbox"/> ない				
ドライブレコーダー	<input type="checkbox"/> ある (自車にある ・ <input type="checkbox"/> 相手車にある) <input type="checkbox"/> ない				
天 候	晴・ <input type="checkbox"/> 曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ <input type="checkbox"/> 普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・ <input type="checkbox"/> 夕方
道 路 状 況	舗装 <input type="checkbox"/> あり・なし / 歩道 (<input type="checkbox"/> 両・片) <input type="checkbox"/> あり・なし / <input type="checkbox"/> 直線・カーブ / 見通し <input type="checkbox"/> 良い・悪い <input type="checkbox"/> 平坦・坂(上り・下り) / 積雪・凍結 / 砂利道・道路欠損・工事中 その他 ()				
信 号 又 は 標 識	信号 <input type="checkbox"/> あり・なし / 駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている・されていない 標識 一時停止・追い越し禁止・一方通行・その他標識 () その他 ()				
速 度	第三者の車両 10 km/h (制限速度 30 km/h) / 自車車両 1~2 km/h (制限速度 km/h)				
自 車 の 直 前 の 行 為 と 状 態	事前に警笛を 鳴らした・鳴らさない / ブレーキを かけた (スリップ m)・かけなかった 方向指示灯 した・しない <input type="checkbox"/> 正常・疲労・よそ見 (原因:)・居眠り その他参考事項 (歩行者用信号の青信号に従い横断歩道を横断していた)				
相 手 車 両 の 直 前 の 行 為 と 状 態 ※相手が歩行者の場合は記載不要	交通違反 <input type="checkbox"/> した (違反名 横断歩行者妨害)・しない / 方向指示灯 <input type="checkbox"/> した・しない 正常・疲労・ <input type="checkbox"/> よそ見 (原因: 進行方向右側の歩行者に気を取られた)・居眠り・飲酒 その他参考事項 ()				
事 故 発 生 直 後 の 警 察 へ の 届 出	<input type="checkbox"/> あり ※担当者 ○○警察署 ○○係・氏名 ○○ ○○(巡查部長) 連絡先 ○○-○○○○-○○○○ <input type="checkbox"/> なし ※理由 (例) 事故発生当時、体に痛みがなく自転車も壊れていなかったことから、大丈夫だと思い、相手とそこで連絡先だけ交換し別れてしまったため。)				

通災 通勤災害認定請求書

〔法第2条第2項第1号関係
住居と勤務場所との間の往復の場合〕

* 認定
番号

地方公務員災害補償基金 東京都支部長殿 下記の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。	請求年月日 令和5年6月30日 〒000-0000 電話 000(000)0000 請求者の住所 ○○県○○市○○町○-○-○ 氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく しろう</small> 新宿 四郎 (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 東京都公立大学法人○○○○ 所属部局・課・係名、電話 000(000)0000 ○○学部○○コース 健康保険組合員証記号番号 公立東京 第 12345678 号 氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく しろう</small> 新宿 四郎 昭和40年4月1日生 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (58歳) 職名 教授 [職務名] <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員 災害発生の日時 令和5年6月5日(月曜日)午 前 2時30分ごろ 災害発生の場所 〒000-0000 ○○区○○1-2-3-4 ○○駅構内 傷病名 右足首捻挫 傷病の部位及びその程度 右足首捻挫により通院中 <input type="checkbox"/> 休業(令和 年 月 日～ 年 月 日) <input checked="" 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"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当

〔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、定年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 この様式において「通勤」とは、職員が、勤務のため、住居と勤務場所との間を、合理的な経路及び方法により往復することをいい(公務の性質を有するものを除く。)、職員が、この往復の経路を逸脱し、又はこの往復を中断した場合においては、その逸脱又は中断の間及びその後の往復は、上記の通勤には該当しないこと。
 ただし、その逸脱又は中断が、日常生活上必要な行為であって総務省令で定めるものをやむを得ない事由により行うための最小限度のものである場合は、その逸脱又は中断の間を除き、この限りでないこと。
 したがって、「2 災害発生の状況等」の欄には、災害が上記の通勤により生じたものであることが明らかとなるよう、その状況を記入すること。
- 5 「2 災害発生の状況等」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
------------------	--

〇〇課
5年6月30日
収受

2 災 害 発 生 の 状 況 等	(1) 災害発生の日の勤務開始（予定）時刻 又は、勤務終了の時刻	午 前 後 時 分 ごろ
	(2) 災害発生の日に住居又は就業場所を離れた時刻	午 前 後 1 時 00 分 ごろ
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午 前 後 時 分 ごろ
	(4) 災 害 発 生 の 状 況	
	6月5日午前中に、国立大学法人〇〇大学(〇〇区〇〇	
	4-5-6)で、非常勤講師として講義を行い終了したので、勤	
	務地である、〇〇〇〇の〇〇校舎へ戻るため、〇〇駅の階段	
	を下りている時、ステップにひっかかりバランスを崩し転倒した。そ	
	の時、右足首を捻り、病院で診察を受けたところ、右足首捻挫	
	と診断された。	
*3 所 長 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 5〇〇〇第〇〇号 令和5年7月3日 所属部局の { 所在地 〇〇市〇〇1-1 名 称 東京都公立大学法人〇〇〇〇 長の職・氏名 学長 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 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"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 時間外勤務命令簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 出勤簿の写 <input checked="" type="checkbox"/> 災害発生状況見取図 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他（旅行命令簿）	
*5 任 命 権 者 の 意 見	2 1 2	文書番号 5〇〇〇第〇〇号 本件は通勤による災害に該当するものと考える。 令和5年7月7日 東京都公立大学法人〇〇〇〇 任命権者の職・氏名 理事長 〇〇 〇〇 (文書番号又は公印)

- 6 「2 災害発生の状況等」の(1)の欄には、災害が出勤の際に生じたものである場合は、勤務開始（予定）時刻を、災害が退勤の際に生じたものである場合は、勤務終了の時刻を記入すること。また、(2)の欄は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)の欄は、災害が退勤の際に生じた場合にそれぞれ記入すること。
- 7 「*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。
- 8 「*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
- 9 「*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・寄宿舎指導員等 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
- 10 「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の記載又は公印を押印すること。
- 11 年月日の記載には元号を用いる。

公務災害認定請求書

(注1)

追加認定

* 認定 番号	(注2) 0000-0000
------------	----------------

地方公務員災害補償基金 東京都支部長殿 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。	請求年月日 令和 5 年 7 月 5 日
	〒000-0000 電話 000(000)0000
	請求者の住所 東京都〇〇区〇〇2-3-4
	氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく ごろう</small> 新宿 五郎 (自署又は押印)
被災職員との続柄 本人	

所属団体名 (注3) 東京都	所属部局・課・係名、電話 000(000)0000 (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
---------------------	----------------

1 被災職員に関する事項

氏名 <small>ふりがな</small> <small>しんじゅく ごろう</small> 新宿 五郎	昭和 61 年 4 月 4 日生
	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (37 歳)

職名 〔職層名〕 主事	〔職務名〕 建築技術	<input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員
----------------	------------	---

災害発生の日時 (追加診断日) 令和 5 年 4 月 5 日 (水曜日)	午後 11 時 30 分ごろ
	午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/>

〒000-0000	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 (追加認定請求傷病名) 尾骨骨折

傷病の部位及びその程度 臀部 全治1カ月

<input checked="" type="checkbox"/> 休業 (令和 5 年 4 月 6 日～ 令和 5 年 6 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的非常勤職員をいう。(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 checked="" type="checkbox"/> した (理由:) <input 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 災 害 発 生 の 状 況	令和5年5月16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。	
*3 所 長 の 証 明 の 部 局 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 5〇〇〇第〇〇号 令和5年7月7日 所属部局の { 所在地 〇〇区〇〇1-2-3 名称 〇〇局〇〇部〇〇課 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"/> 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	9 1 6	文書番号 5〇〇〇第〇〇号 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7月11日 任命権者の職・氏名 東京都知事 〇〇 〇〇 (文書番号又は公印)

〇〇課
5年7月5日
收受

- 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、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。

必ず朱書きで記入してください。

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
		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	
	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	
	災害発生の場所	〒 000-0000 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	
	□休業 (令和 5 年 9 月 29 日～ 令和 5 年 10 月 5 日)		□非休業

*受 理 (到達した年月日)	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
	年 月 日	年 月 日	年 月 日
*通 知	年 月 日	*認 定	年 月 日 □公務上 □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、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	□した（理由：） ✓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 長 の 証 明 の 部 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。 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 dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">9</div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">0</div> <div style="border: 1px dashed black; display: inline-block; padding: 2px;">3</div>	文書番号 5000第〇〇号 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・寄宿舎指導員等 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。

現 認 書
 事 実 証 明 書

1	被災職員氏名	江戸 桜
	災害発生の日時	令和 4 年 11 月 11 日（金） 午 ^前 10 時 30 分ごろ 後
	災害発生の場所	東京都〇〇区 〇〇3-4-5 保健所2階階段
2	現 認 及 び 報 告 ・ 連 絡 の 状 況	令和4年11月11日（金）執務中に階段にて転倒し、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）の除去手術を行うとのことを、本人の申出及び診断書により確認した。
3	現 事 実 証 明 職 員 又 は 職 員	1 及び 2 について、 <input type="checkbox"/> 現認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 事実を証明します。 令和 5 年 11 月 1 日 所属・職・氏名 〇〇課〇〇係 係長 〇〇 〇〇

※1 原則として、「現認書」は現認した所属職員が作成すること。現認者がなく、災害発生の連絡があったときは、「事実証明書」として、連絡を受けた職員が聞き取った内容を記載して証明すること。

※2 3の1及び2の証明について現認又は事実証明にチェックを付けて下さい。

第三者行為による災害届書

令和 5 年 8 月 30 日

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿

届出者の住所 東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇
氏 名 新宿 三郎 (自署又は押印)

地方公務員災害補償法施行規則第 47 条の規定により届け出ます。

① 被災職員	
所属団体名	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者に同じ <input type="checkbox"/> 届出者以外 被災職員の氏名 _____ 届出者と被災職員の関係 _____
② 災害	
災害発生の日時 令和5年8月2日午後6時00分ごろ	
災害発生の場所 東京都〇〇市〇〇町2-3-4先交差点	
③ 補償方針 必ずどちらかを選択し、□に印	
<p>私（届出者）は、補償方針の内容を理解した上で、次のとおり選択します。</p> <p><input type="checkbox"/> 示談先行【相手方（保険会社等）が、被災職員に損害を補てんする場合】</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 補償先行【基金が被災職員に補償した後、基金が相手方に損害賠償を請求する場合】</p> <p>⇒ 次の項目に該当する場合は、相手の主張や交渉状況等を具体的に記載してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 災害の発生原因（事故原因）や責任割合（過失割合）について、お互いの主張が異なっている。 ・ 第三者が損害賠償について難色を示す言動をしている。 ・ 第三者（保険会社を含む）からすでに保険金を受領している。 <p>私は、信号のある交差点において、青色信号に従い自転車を押しながら横断しましたが、相手方は、「こちらの右折用信号の方が青色だった」などと主張している</p>	
④ 第三者（相手）	
ふりがな氏名	三田 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 昭和 41 年 1 月 1 日生 （57 歳）
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町3-4-5
職 業	<input checked="" type="checkbox"/> 業務中 <input type="checkbox"/> 業務外 社員(〇〇〇〇株式会社)
怪我 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (交渉状況)	
⑤ 第三者 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先の代表者（雇用主） <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
ふりがな氏名	(役職等) 代表取締役 三林 次郎 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 昭和 34 年 1 月 2 日生 （64 歳）
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町7-8-9
商 号	株式会社東京 業務内容 製造業

所属事務担当者	課・係	〇〇課〇〇担当	担当者	〇〇 〇〇	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
---------	-----	---------	-----	-------	----	--------------

⑥ 第三者（相手）の車両 ※交通事故の場合に記載

車種	〇〇〇〇 〇〇〇〇	登録番号	品川500せ1100
所有者	<input type="checkbox"/> 第三者（相手）本人 <input checked="" type="checkbox"/> 第三者（相手）以外 氏名 <u>株式会社東京</u> 第三者との関係 <u>事業主</u>		
	住所 <u>東京都〇〇区〇〇〇7-8-9</u> 電話 <u>〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</u>		

⑦ 第三者（相手）の自賠責保険 加入 未加入 ※交通事故（自転車事故を除く）の場合に記載

保険会社名	〇〇海上火災保険株式会社	保険証明書番号	第0002599845号
保険会社所在地（住所）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 東京都港区〇〇-〇-〇 〇〇ビル〇階		
保険契約期間	自 令和2年9月10日 至 令和7年10月9日		
保険契約者	氏名 <u>株式会社東京</u> 住所 <u>東京都〇〇区〇〇〇7-8-9</u>		

⑧ 第三者（相手）の任意保険 加入 未加入 ※交通事故以外でも必ず記載

保険会社名	〇〇損害保険株式会社	保険証明書番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇
保険会社所在地（住所）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 東京都千代田区〇〇-〇-〇 〇〇保険ビル〇階		
担当者	保険 一郎	保険契約者	三田 太郎

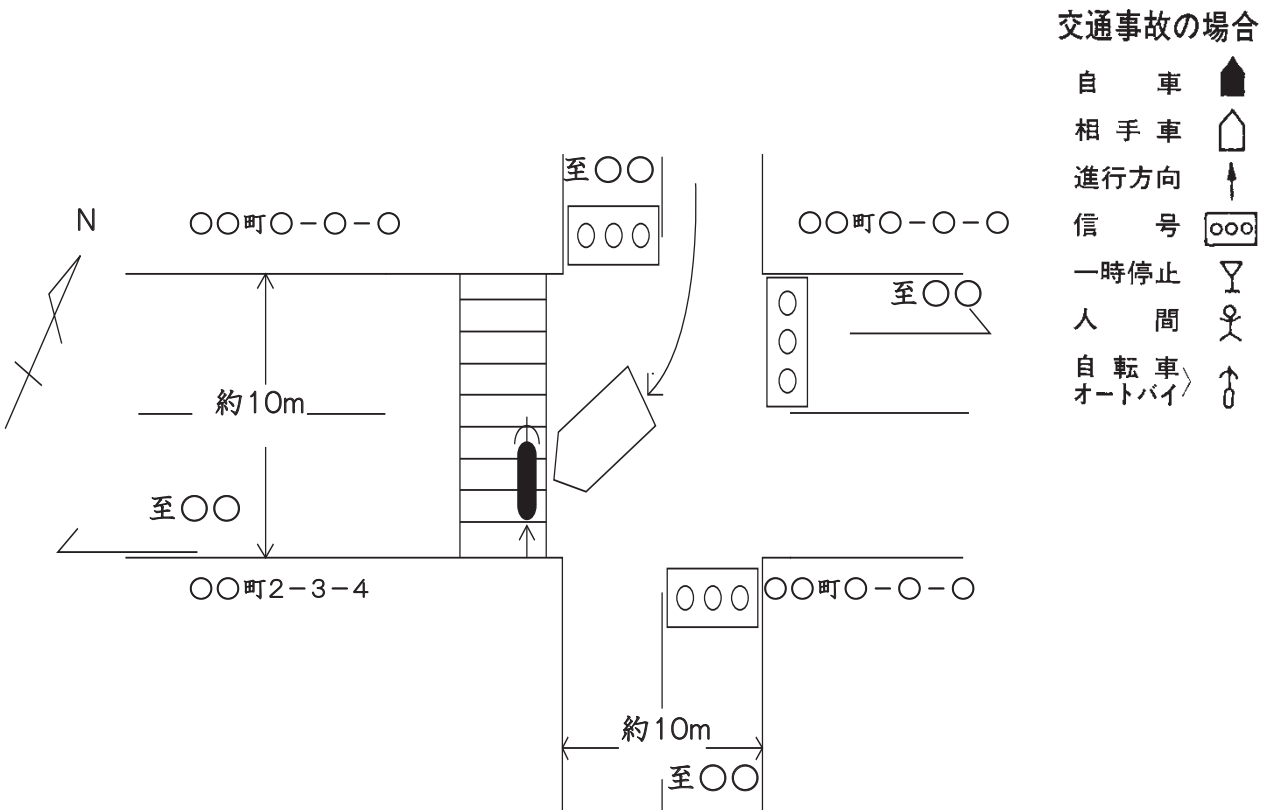
⑨ 被災職員の人身傷害保険 加入 未加入

保険会社名	〇〇保険株式会社	保険証明書番号	<div style="border: 1px solid red; padding: 5px; color: red;"> ※人身傷害補償保険とは、被災職員 又はその家族等が加入する任意の自動車保険の一つです。 </div>
保険会社所在地（住所）	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 神奈川県〇〇区〇〇市〇-〇-〇		
担当者	人身 太郎	保険契約者	新宿 三郎
請求の予定	<input type="checkbox"/> 請求しない <input checked="" type="checkbox"/> 請求予定 <input type="checkbox"/> 請求済 …支給金額が分かる支払通知書等の写しを提出		

1. 交通事故の場合（自転車事故を含む）は、
 - i 自動車安全運転センターが発行する交通事故証明書を添付してください。
 - ii ⑥⑦⑧⑨を必ず記載してください。
2. ③は、必ずどちらかの補償方針を選択してください。
3. 相手方に怪我があれば、④に交渉状況を記載してください。
4. ④の第三者が業務中の場合や未成年の場合は、⑤を記載してください。
5. ⑥は、自動車検査証（車検証）等の写しを添付する場合は、記載を省略できます。
6. ⑥は、第三者（相手）の車両が次の場合は、該当の書類を添付してください。
 - i 原動機付自転車の場合は「標識交付証明書」の写し
 - ii 250 cc未満の自動二輪車等検査対象外軽車両の場合は「軽自動車届出済証」の写し
7. ⑦⑧⑨は、保険証明書等の写しを添付する場合は、記載を省略できます。
8. 交通事故以外の場合でも、⑧を必ず記載してください（個人賠償保険等）。
9. ⑨は被災職員自身（又は家族）が加入している保険になります（任意自動車保険の特約等）。

災害発生状況見取図(交通事故用)

災害発生場所の略図(被災職員・第三者の行動、信号・標識・道路幅等周囲の状況をわかりやすく描いてください。)



災害発生の状況図



被災職員の身長 170 cm
 体重 65 kg

作成者 氏名 新宿 三郎

目撃者	<input type="checkbox"/> いる (氏名 ○○ ○○ 連絡先 ○○○-○○○○-○○○○) <input type="checkbox"/> ない				
ドライブレコーダー	<input type="checkbox"/> ある (自転車にある ・ <input type="checkbox"/> 相手車にある) <input type="checkbox"/> ない				
天 候	晴・ <input type="checkbox"/> 曇・雨・雪・霧	交通状況	混雑・ <input type="checkbox"/> 普通・閑散	明 暗	昼間・夜間・明け方・ <input type="checkbox"/> 夕方
道 路 状 況	舗装 <input type="checkbox"/> あり・なし / 歩道 (<input type="checkbox"/> 両・片) <input type="checkbox"/> あり・なし / <input type="checkbox"/> 直線・カーブ / 見通し <input type="checkbox"/> 良い・悪い <input type="checkbox"/> 平坦・坂(上り・下り) / 積雪・凍結 / 砂利道・道路欠損・工事中 その他 ()				
信号又は標識	信号 <input type="checkbox"/> あり・なし / 駐停車禁止 <input type="checkbox"/> されている・されていない 標識 一時停止・追い越し禁止・一方通行・その他標識 () その他 ()				
速 度	第三者の車両 10 km/h (制限速度 30 km/h) / 自転車車両 1~2 km/h (制限速度 km/h)				
自転車の直前の行為と状態	事前に警笛を 鳴らした・鳴らさない / ブレーキを かけた (スリップ m)・かけなかった 方向指示灯 した・しない <input type="checkbox"/> 正常・疲労・よそ見 (原因:)・居眠り その他参考事項 (歩行者用信号の青信号に従い横断歩道を横断していた)				
相手車両の直前の行為と状態 ※相手が歩行者の場合は記載不要	交通違反 <input type="checkbox"/> した (違反名 横断歩行者妨害)・しない / 方向指示灯 <input type="checkbox"/> した・しない 正常・疲労・ <input type="checkbox"/> よそ見 (原因: 進行方向右側の歩行者に気を取られた)・居眠り・飲酒 その他参考事項 ()				
事故発生直後の警察への届出	<input type="checkbox"/> あり ※担当者 ○○警察署 ○○係・氏名 ○○ ○○ (巡査部長) 連絡先 ○○-○○○○-○○○○ <input type="checkbox"/> なし ※理由 (例) 事故発生当時、体に痛みがなく自転車も壊れていなかったことから、大丈夫だと思い、相手とそこで連絡先だけ交換し別れてしまったため。)				

人身事故証明書入手不能理由書

第三者を記入する。

被災職員を記入する。

必ず届出警察署、担当、届出年月日を記入する。

原則、第三者に記載させる。
※不可能な場合は、被災職員が記載。

当 事 者 甲	住 所	東京都〇〇区〇〇町3-4-5		
	氏 名	三田 太郎	生年月日	昭和 35 年 1 月 1 日
	自賠償保険契約先	〇〇海上火災保険株式会社		
	自賠償保険証明書番号	第0002599845号		
	登録番号	品川500せ1100	車台番号	0048-437-YR-00001
当 事 者 乙	住 所	東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
	氏 名	新宿 三郎	生年月日	平成 8 年 7 月 12 日
	自賠償保険契約先			
	自賠償保険証明書番号			
登録番号	自転車	車台番号		
発生年月日	令和 5 年 8 月 2 日 午前(午後) 6 時 00分ころ			
発生場所	東京都〇〇市〇〇町2-3-4先交差点			
届出警察	〇〇 警察署 担当 〇〇	届出年月日	令和 5 年 〇月 〇日	
人身事故証明書入手不能理由				
〔例1〕 事故当時は警察に届けなかったが、認定請求時に必要だとわかり、1ヶ月後に警察に届けたが、証明できないとして受理されなかったため				
〔例2〕 私有地内(道路以外)での事故であり、警察では証明できないとして受理されなかったため				
上記理由により人身事故証明書は取得していませんが、人身事故の事実には相違ありません。				
令和 5 年 〇月 〇日				
住所 東京都〇〇区〇〇町3-4-5				
運転手 氏名 三田 太郎 TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
(自署又は押印)				

地方公務員災害補償基金
東京都支部長殿

[注意事項]
この理由書は、人身事故の交通事故証明が得られなかった際に作成してください。
自転車による事故も交通事故となります。

第三者の念書が入手できない場合の措置について

第三者が念書の提出を拒んだり、第三者を特定することができない等の理由により、第三者の念書が入手できない場合は、次の内容を調査し、報告してください。

1 第三者が念書の提出を拒んでいる場合

念書の提出を拒んでいる具体的な理由と第三者との交渉の経過を報告してください。

－理由の例－

- ・ 第三者は、自分の過失を全く認めていない。
- ・ 被災職員の方が過失が大きいと主張している。
- ・ 損害額が明らかになっていないのに念書など出せないと主張している。
- ・ 第三者は、賠償に応じる資力が無いと言っている。
- ・ 面会しようとしても全く応じず、第三者に誠意が見られない。

2 第三者を特定することができない場合

事故直後、第三者が住所、氏名を告げずに立ち去った場合など、第三者を特定できないときは、次の内容を明らかにしておいてください。

(1) 第三者本人の人相や服装

- ・ 性別、年齢、身長、体格、頭髪、服装、持ち物等

例えば、「30歳位、身長170㎝位の小太り、七三分けのグレーのスーツを着た一見会社員風の男」等記憶している事項を明らかにしてください。

(2) 第三者の運転していた車両

- ・ 車両ナンバー
- ・ ナンバーが不明な場合は、車種、社名、車の色、形、乗車人員、その他の特徴

例えば、「材木を積んだ白色のトヨタ普通貨物2トン車で荷台に〇〇材木店と書いてあった」等と記入してください。

(記載例)

	念書入手不能理由書	令和〇年〇月〇日
1 被災職員氏名	新宿 三郎	
2 災害発生日時	令和5年8月2日午後6時00分頃	
3 第三者氏名、住所等	三田 太郎 東京都〇〇区〇〇町3-4-5	
4 入手不能理由	第三者は、～と主張し、～ ～であるとして念書の提出を拒否している。	
	東京都〇〇局〇〇部〇〇課〇〇係 新宿 三郎	
		(自署又は押印)

事故（事実）証明書

1 災害発生の日時

令和〇年〇月〇日 午前・(午後)〇時〇分ごろ

2 災害発生場所

東京都〇〇区〇〇町2-10先公園予定地

3 当事者の住所・職業・氏名・年齢

(甲) 東京都〇〇区〇〇町3-4-5
会社員 三田 太郎 (63歳)

(乙) 東京都〇〇市〇〇町1-2
地方公務員 新宿 太郎 (46歳)

4 事故の概要

[例] 上記日時場所において作業中、散歩中であつた(甲)所有の犬(首輪及び1mほどの首縄を付けていた。)が突然(乙)に咬みつき(乙)が負傷した。

5 その他

(乙)は、(甲)所有の犬に対し、何ら挑発行為などしていない。

上記に相違ありません

令和 〇年 〇月 〇日

(甲) 三田 太郎

(自署又は押印)

(乙) 新宿 太郎

地方公務員災害補償基金東京都支部長 殿

(自署又は押印)

[注意事項]

この証明書は、飼犬による咬傷事故、殴打事故、校内暴力等の第三者行為による災害の場合に適宜作成してください。

警察等への届け出をしていない場合は、その旨及び理由についても、5 その他 欄に記載願います。

(被災職員用)

念書(兼同意書)

災害発生日	令和 5 年 8 月 2 日	災害発生場所	東京都〇〇市〇〇町 2-3-4 先交差点	
被災職員氏名	新宿 三郎		相手方氏名	三田 太郎

- 1 上記災害に関して、基金への補償請求に当たり以下の事項を遵守することを誓約します。
- (1) 相手方と示談を行おうとする場合は必ず前もって貴職に連絡します。
 - (2) 相手方に白紙委任状を渡しません。
 - (3) 相手方から金品を受けたときは、受領の年月日、内容、金額（治療費、休業費、慰謝料等の受領種類別に）を漏れなく、かつ、遅滞なく貴職に連絡します。
 - (4) 基金からの照会及び関係書類の作成依頼等には、誠実に対応します。
- 2 上記災害に関して、私が地方公務員災害補償法による補償を受けた場合には、私の有する損害賠償請求権及び保険会社等（相手方もしくは私が損害賠償請求できる者が加入する自動車保険・自賠責保険会社（共済）等をいう。以下同じ。）に対する被害者請求権を、同法第 59 条の規定によって基金が補償の価額の限度で取得し、損害賠償金を受領することについては承知しました。
- 同損害賠償請求に関し、基金からの照会及び関係書類の作成依頼等には、誠実に対応します。
- また、相手方が基金からの請求に応じないことなどから訴訟となった場合には、陳述書の作成及び証人として基金に協力します。
- 3 私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険取扱保険会社から保険金を受けようとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ます。
- 4 上記災害に関して、私の個人情報及びこの念書（兼同意書）の取扱いにつき、以下の事項に同意します。
- (1) 貴職が、私の基金への請求、補償決定及び補償（その見込みを含む。）の状況等について、私が保険金請求権を有する人身傷害補償保険等取扱保険会社（共済）に対して提供すること。
 - (2) 貴職が、私への基金の補償及び上記 2 の業務に関して必要な事項（保険会社等から受けた金品の有無及びその金額・内訳（その見込みを含む。）等）について、保険会社等から提供を受けること。
 - (3) 貴職が、私への基金の補償及び上記 2 の業務に関して必要な事項（補償額の算出基礎となる資料等）について、保険会社等に対して提供すること。
 - (4) この念書（兼同意書）をもって(2)に掲げる事項に対応する保険会社等への同意を含むこと。
 - (5) この念書（兼同意書）を保険会社等へ提示すること。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

地方公務員災害補償基金

東京都支部長 殿

住所 東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇

氏名 新宿 三郎



[注意事項] この「念書」は被災職員が作成（記入・押印）してください。

都支部様式第35号

(第三者交通事故用)

念 書

令和〇年〇月〇日

地方公務員災害補償基金

東京都支部長 殿

住 所 東京都〇〇区〇〇〇7-8-9

氏 名 三林 次郎 (自署又は押印)

当事者(乙)との関係 (運行供用者)

私は、下記事故により甲(及び甲の遺族)に生じた損害につき賠償の義務のあることを認め、当該事故により貴基金が地方公務員災害補償法に基づき甲(あるいは甲の遺族)に対して補償を行った場合には、同法第59条に基づき貴基金の取得した損害賠償請求権の価額の限度において、貴基金からの請求により支払うことを誓約します。

記

当事者	甲	住所	東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇
		氏名	新宿 三郎
	乙	住所	東京都〇〇区〇〇町3-4-5
		氏名	三田 太郎
事故発生日時		令和5年8月2日午後6時00分頃	
事故発生場所		東京都〇〇市〇〇町2-3-4先交差点	
事故発生の状況		上記日時場所において、信号機のある交差点の横断歩道上を自転車を押して直進していた甲と、右折をしていた乙が運転する乗用車が衝突したものの。	

[注意事項]

通常、加害者本人から念書を徴することとなりますが、加害者が業務執行中の場合には、車両の運行供用者(事業主等)から念書を徴してください。

また、加害者が未成年の場合は加害者の親権者から徴してください。

なお、加害者に代わって、加害者加入の保険会社で念書を作成するケースもあります。

念 書

令和 5 年 〇 月 〇 日

地方公務員災害補償基金

東 京 都 支 部 長 殿

住 所 東京都〇〇区〇〇町3-4-5

氏 名 三田 太郎 (自署又は押印)

当事者 (乙) との関係 (本人)

私は、下記事案により甲 (及び甲の遺族) に生じた損害につき賠償の義務のあることを認め、当該事案により貴基金が地方公務員災害補償法に基づき甲 (あるいは甲の遺族) に対して補償を行った場合には、同法第 59 条に基づき貴基金の取得した損害賠償請求権の価額の限度において、貴基金からの請求により支払うことを誓約します。

記

当事者	甲	住所	東京都〇〇市〇〇町〇-〇-〇
		氏名	新宿 三郎
	乙	住所	東京都〇〇区〇〇町3-4-5
		氏名	三田 太郎
事故発生日時		令和5年〇月〇日午後〇時〇分頃	
事故発生場所		東京都〇〇市役所〇〇課〇〇窓口	
事故発生の状況		上記日時場所において、窓口での待ち時間が長かったためについかっとなつて甲を殴ってしまったもの。	