

様式第2号

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	<h1 style="margin: 0;">通勤災害認定請求書</h1>	* 認定番号	
--------------------------------------	---------------------------------------	--------	--

地方公務員災害補償基金 千葉県 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 年 月 日 (〒○○○—○○○) 請求者の住所 ○○県○○市○○番地 フリガナ 氏 名 ○○ ○○ 被災職員との続柄 ○○
---	--

被 災 職 員 に 関 す る 事 項	1 所属団体名 地方公共団体名 (任命権者ごと) 所属部局名 部局課名・事業所名・学校名・警察署名 (電話番号 ○○○-○○○-○○○○)	フリガナ 氏 名 ○○ ○○	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日生 (歳)
	職 名 ○○ <input checked="" type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号 地・千葉 公立千 警・千葉 第 ○○○○ 号		
	災 害 発 生 の 日 時 年 月 日 [曜日]	午前 時 分頃 午後		
	災 害 発 生 の 場 所 ○○市○○ ○○番地			
	傷 病 名 ○○、○○			
	傷病の部位及びその程度 傷病の部位：○○、○○ 程度：全治○か月程度			

* 受 理	所 属 部 局	任 命 権 者	基 金 支 部
(到達した年月日)	年 月 日	年 月 日	年 月 日
* 認 定	年 月 日		日

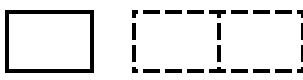
[注意事項]

- 1 請求者は、*印の
- 2 「1 被災職員
- 事、技師、教諭、
- 3 この様式におい
- をいい(公務の性
- の逸脱又は中断の
- ただし、その逸
- 小限度のものであ
- したがって、「
- 4 「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、当該欄には「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。

会計年度任用職員は、次の要件に該当するに至った日以後は基金の補償対象となります。
 当該職員に係る認定請求を行う場合、各団体公務災害担当者においては、
下記条件を満たしているか確認した旨をかがみ文等に記載くださるようお願いいたします。

ア 任用が事実上継続していると認められる場合において、
 イ 常勤職員に定められている勤務時間以上勤務した日が18日以上ある月が、
 引き続いて12月を超えるに至った者で
 ウ その超えるに至った日以後、引き続き当該勤務時間により勤務することを要することとされている者

主
と
そ
の
最

2	(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 ○ 時 ○○ 分頃 午後 ○ 時 ○○ 分頃
	(2) 災害発生の日に住居を離れた時刻	午前 ○ 時 ○○ 分頃 午後 ○ 時 ○○ 分頃
	(3) 災害発生の日に勤務場所を離れた時刻	午前 ○ 時 ○○ 分頃 午後 ○ 時 ○○ 分頃
	(4) 災害発生の状況	
	災害発生時の状況について、「どのように通勤・退勤している際、どのような経路を通り、どこで、どのようなキッカケにより、どのような状況で被災したのか」明らかにして記載願います。	
	(例)	
	私は通常、自転車を使用して通勤しています。	
	勤務開始時刻は8時30分であり、自宅から勤務場所までの所要時間は約○分です。	
	被災当日は、いつものように午前○時ごろに家を出て、いつもの経路をとおり、午前○時○分ごろに○○市○○区○○先交差点に差しかかりました。青信号だったため、交差点に進入したところ、前輪が滑って転倒し、地面に頭部と右半身を強打しました。	
	痛みで動けなかったため、救急車を要請し、○○病院へ搬送されました。	
* 3	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。	
長所属の証明書の	年 月 日	所属部局の { 名 称 ○○市○○区○○番地 所 在 地 ○○部○○課 長の職・氏名 部長・課長・所長等 ○○ ○○
4 添付する資料名	<input 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"/> 通勤届の写 <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"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他	
* 5	(例)  本件は、合理的な経路及び方法によって通勤途上に発生した災害であり通勤災害に該当すると考えられる。 年 月 日 任命権者の職・氏名 千葉県知事 千葉県警察本部長 市町村長 消防長 管理者 教育委員会 等 ○○ ○○	

- 5 「2 災害発生の状況等」の欄の(1)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)は、災害が出勤の際に生じた場合に、(3)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。
- 6 「* 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、基金に相談すること。
- 7 「* 5 任命権者の意見」の欄の□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
- 8 「* 5 任命権者の意見」の欄の□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
- 9 年月日の記載には元号を用いる。

【公務・通勤災害認定請求時の確認事項】

※ 認定請求の前に御確認ください。

① 請求年月日等の日付について

認定請求書に記載される日付は以下のとおりとなりますので、矛盾がないか確認願います。なお、元号を使用して記載願います。

災害発生日 ≤ 認定請求日 ≤ 所属部局受理日 ≤ 所属長証明日
≤ 任命権者受理日 ≤ 任命権者意見日 ≤ 基金受理日

② 所属部局・課・係名欄について

被災当時に所属していた所属部局・課・係名を記載願います。

③ 共済組合員証・健康保険組合員証の記号番号欄について

被災当時に適用されていた記号・番号を記載願います。

なお、記載を依頼する記号・番号は保険者番号とは異なりますので御留意ください。

④ 氏名欄について

- ・ 生年月日は元号で記載願います。
- ・ 年齢は、被災時点のものを記載願います。

⑤ 災害発生の日時欄について

元号を使用して記載願います。

⑥ 傷病名欄について

記載する傷病は、診断書の傷病と一致させてください。

会計年度任用職員は、次の要件に該当するに至った日以後は基金の補償対象となります。
当該職員に係る認定請求を行う場合、各団体公務災害担当者においては、
下記条件を満たしているか確認した旨をかがみ文等に記載くださるようお願いいたします。

- ア 任用が事実上継続していると認められる場合において、
- イ 常勤職員に定められている勤務時間以上勤務した日が18日以上ある月が、
引き続いて12月を超えるに至った者で
- ウ その超えるに至った日以後、引き続き当該勤務時間により勤務することを
要することとされている者