

様式第2号の2

法第2条第2項第2号及び第3号関係
兼業及び単身赴任者の住居間の移動の場合

通勤災害認定請求書

* 認定番号

地方公務員災害補償基金 山形県 支部長 殿		請求年月日 令和5年2月6日	
下記の災害については、通勤により生じたもの		請求者の住所 (〒000-0000) 〇〇市〇〇町一丁目2-1	
被災時の所属・年齢を記入してください。 ※所属部局名は、課名等できるだけ詳細な所属名を記入してください。		フリガナ ヤマガタ ハナコ 氏名 山形 花子 被災職員との続柄 本人	
被災職員に関する事項	所属団体名 〇〇市	フリガナ ヤマガタ ハナコ	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	所属部局名 〇〇市立病院 手術部 (電話番号 000-000-0000)	氏名 山形 花子	
	職名 看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	健康保険組合員記号番号 共済組合員 〇〇〇 第 〇〇〇〇 号	
	災害発生の日時 令和5年1月23日(月曜日) 午前8時00分頃	災害発生の場所 〇〇市〇〇町三丁目1-3付近 交差点	
傷病名 頭部打撲・外傷		傷病名は、医師の診断書に記載のあるものを全て転記してください。	
傷病の部位及びその程度 頭 全治2週間程度			

郵便番号を忘れずに。

交通事故等で、被災場所が道路や交差点のときは、その住所を記載してください。

傷病名は、医師の診断書に記載のあるものを全て転記してください。

* 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
* 認定	年 月 日 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当	* 通知	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□にレ印を記入する、又は該当する箇所を○で囲むこと。
- 「1 被災職員に関する事項」の欄の「職名」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。
- 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。
- 「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。

共済組合員証(健康保険証)を使用

した

しない

※医療機関・薬局等を2か所以上受診した場合は、任意様式でそれぞれにおける使用状況を申し出ること。

2	(1) 勤務開始（予定）又は勤務終了の年月日及び時刻	令和5年1月23日	午前 8時30分頃
	(2) 住居又は就業の場所を離れた年月日及び時刻	令和5年1月23日	午前 7時45分頃
	(3) 勤務場所を離れた年月日及び時刻	年 月 日	午前 時 分頃

(2) は出勤途上の事故の場合、(3) は退勤途上の事故の場合に記載してください。

災害発生状況等

私は通常、自家用車を運転して通勤しています。

自宅から勤務場所の〇〇市立病院までは約20分かかります。

普段と同じく、7：45に家を出て、〇〇市〇〇町三丁目1-3の交差点で赤信号のため止まっていたところ、スリップして止まらなかった後ろの車に追突されました。

強い衝撃があり、ヘッドレストに頭を打ち付けました。

追突した車の運転手に救急車を呼んでもらって〇〇市立病院に運ばれました。

①通勤経路は合理的な経路であったか、②通勤途中に経路の逸脱や中断はなかったかが分かるように記載してください。

当日の経路が通常と異なっている場合は、その理由、逸脱・中断の有無（有のときは内容及び時間帯等）を出来る限り詳しく記載してください。

*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。

令和5年2月7日

所属部局の

名称	〇〇市立病院
所在地	〇〇市〇〇町1-2
長の職・氏名	院長 鶴岡 一郎

請求年月日と同日かもしくはそれ以降です。

上記の事実関係を調査のうえ証明します

添付する資料名

診断書 現認書又は事実証明書 交通事故証明書 第三者加害報告書 通勤届の写

時間外勤務命令簿の写 出勤簿の写 見取図 経路図 関係規程

定期健康診断記録簿の写 既往歴報告書 X線写真 写真 示談書 その他

*5

9 0 2

令和5年2月7日

〇〇市病院事業管理者

山田 健

任命権者の職・氏名

添付書類等を整備し、本人の申立てを総合的に判断して意見を付します。特に申し立てる必要がある場合は、別紙として添付してください。

左枠に9職種の区分番号、右枠に2桁の16種類の区分区分番号を記入すること。

が注意事項3の①の際に生じたものがある場合は、家族が住む住所を、

3 所属部局の長の証明」の欄の記

5 任命権者の意見」の欄の□は、

1 義務教育学校職員 2 義務教育学校教員以外の教育職員 3 音楽職員 4 音楽職員

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

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

日の記載には元号を用いる。