

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	通勤災害認定請求書	* 認定番号	
--------------------------------------	-----------	--------	--

地方公務員災害補償基金	請求年月日	令和5年2月6日
-------------	-------	----------

山形県 支部長 殿	請求者の住所	(〒000-0000) 〇〇市〇〇町一丁目2-1
-----------	--------	--------------------------

郵便番号を忘れずに。

下記の災害については、通勤により生じたもの

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

所属団体名	〇〇市	フリガナ	ヤマガタ ハナコ
-------	-----	------	----------

氏名	山形 花子	<input type="checkbox"/> 男
		<input checked="" type="checkbox"/> 女

所属部局名	〇〇市立病院 手術部	氏名	山形 花子	平成5年10月20日生 (29歳)
-------	------------	----	-------	-------------------

(電話番号 000-000-0000)	共済組合員証・健康保険組合員証記号番号
---------------------	---------------------

職名	看護師 <input checked="" type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員	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
---------	--------------------

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	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
-----------------	-----------

* 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、日常生活に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	<input type="checkbox"/> した	<input checked="" type="checkbox"/> 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。

