

# 通勤災害認定請求書

※ 認定 番号	
請求年月日	平成 年 月 日
請求者 (〒 ) の住所	
ふりがな	
氏名印	㊟
被災職員との続柄	本人・その他 ( )

地方公務員災害補償基金大阪市支部長 様

次の災害については、通勤により生じたものであることの認定を請求します。

【注意事項】

3 2 1

請求者は、※印欄には記入しないこと。また、時刻の記入にあたっては二十四時間制を用いること。また、時刻の記入にあたっては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。裏面に災害発生状況図及び再発防止の対策を記入すること。

1 被災職員に関する事項						
所属団体・局部区・担当名 大阪市	所属コード 共済組合員証 記号番号					
氏名 男・女 昭和 年 月 日生 歳 平成 年 月 日 ( ) 時 分頃	業務従事年数 年 職 種 <input type="checkbox"/> 常 勤 <input type="checkbox"/> 令第1条職員					
災害発生日時 平成 年 月 日 ( ) 時 分頃	災害発生場所					
傷病名	傷病の程度・概要 治療見込 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間 休業見込 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間 入院見込 平成 年 月 日～平成 年 月 日 日間					
診療機関 ・所在地 ・名称 電話 ( )	概要					
第三者加害行為の場合 ア同僚加害 イ交通事故 ウ暴行 エその他 ( )						
2 災害発生の状況等						
勤務開始時刻 時 分	住居を離れた時刻 時 分					
勤務終了時刻 時 分	勤務場所を離れた時刻 時 分					
※ 3 所属長の証明						
所属受理日 平成 年 月 日	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。 平成 年 月 日 ㊟					
※ 4 添付する資料名						
<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 現認書 <input type="checkbox"/> 被災経過報告書 <input type="checkbox"/> 交通事故証明書 <input type="checkbox"/> 第三者行為災害届 <input type="checkbox"/> 念書 <input type="checkbox"/> 通勤届の写 <input type="checkbox"/> 経路図 <input type="checkbox"/> 確認書 <input type="checkbox"/> 発生状況確認書 (通) <input type="checkbox"/> 既往歴報告書 <input type="checkbox"/> 再発経過報告書 <input type="checkbox"/> 同意書 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
※ 5 任命権者の意見						
9 職種	平成 年 月 日 任命権者の職・氏名 印					
40 職種						
勤務形態						
※ 受理 平成 年 月 日	※ 起案 平成 年 月 日	※ 認定 平成 年 月 日	※ 通知 平成 年 月 日			
※ 基金支部		この災害は、審査の結果通勤災害該当・一部通勤災害該当・非該当と認定する。				
決裁欄		事務長	事務次長	補償係長	係員	公印審査

## 【災害発生状況図】

## 【再発防止の対策】

・災害発生原因

[ ]

過去に類似災害の有無	有 ・ 無 * 有と回答された場合は、過去の類似災害状況等を踏まえて再発防止に向けた行動を記入ください
------------	--

・再発防止に向けた行動（上記の原因をふまえ、今後どのように行動するか記入）

[ ]