

公務(通勤)災害に伴うマイナ保険証等使用届

年 月 日 受付

所 属 名	局 区 部 課 電話 ()
組 合 員 氏 名	(昭和 平成 年生) 組 合 員 番 号
医 療 機 関 名 (薬 局 含 む) 及 び 所 在 地 (都 道 府 県 名)	1) 電話 () 担当者名
	2) 電話 () 担当者名
診 療 月	入 院 1) 年 月 日 ~ 年 月 日
	2) 年 月 日 ~ 年 月 日
	外 来 1) 年 月 日 ~ 年 月 日
	2) 年 月 日 ~ 年 月 日
傷 病 名	1) _____ (事故発生日) 年 月 日
	2) _____
	3) _____ (公務災害認定日) 年 月 日
	4) _____
傷 病 の 原 因	
所 属 共 済 事 務 担 当 者	電話 () 内 線
公 務 災 害 事 務 担 当 者	電話 () 内 線
※ 共 済 組 合 記 入 欄	治 仰 年 月 日 年 月 日

●太線枠内を記入してください

※地方公務員災害補償基金に提出した「公務(通勤)災害認定請求書」(写し)を添付してください。
 ※公務災害又は通勤災害に認定または認定されなかった場合、「公務(通勤)災害認定通知書」(写し)を提出してください。
 ※治仰した場合は、地方公務員災害補償基金へ提出した「治仰報告書」(写し)を提出してください。

記入例

公務(通勤)災害に伴うマイナ保険証等使用届

年 月 日 受付

所属名	〇 〇 局 総務部 企画課 電話 03 (5678) 1234		
組合員氏名	共済 太郎 (昭和 42 年生) (平成)	組合員番号	0 1 2 3 4 5 6 7
医療機関名及び 所在地(都道府県名)	1) 中央病院 東京都	電話 03 (1234)5678	担当者名 中央 一郎
	2) 中央薬局 東京都	電話 03 (2345)6789	担当者名 中央 二郎
診療月	入院 1) 令和 〇〇年 3月 20日 ~	年	月
	2) 年 月 日 ~	年	月
	外来 1) 令和 〇〇年 3月 27日 ~	年	月
	2) 年 月 日 ~	年	月
傷病名	1) 右アキレス腱断裂	(事故発生日) 令和 〇〇年 3月 20日 (公務災害認定日) 年 月 日	
	2) _____		
	3) _____		
	4) _____		
傷病の原因	出勤途上、自転車に乗って駅に向かっていたところ、交差点で急に車が左折してきて、これを避けようとして転倒し、負傷した。		
所属共済事務担当者	〇〇局総務部総務課庶務係 千代田 花子 電話 03 (5678) 1111 内線 2222		
公務災害事務担当者	〇〇局総務部総務課人事係 港 太郎 電話 03 (5678) 1111 内線 2233		
※ 共済組合記入欄	治ゆ年月日 年 月 日		

● 太線枠内を記入してください

※地方公務員災害補償基金に提出した「公務(通勤)災害認定請求書」(写し)を添付してください。
 ※公務災害又は通勤災害に認定または認定されなかった場合、「公務(通勤)災害認定通知書」(写し)を提出してください。
 ※治ゆした場合は、地方公務員災害補償基金へ提出した「治ゆ報告書」(写し)を提出してください。