

鯖江広域衛生施設組合委託業務等に係る災害補償に関する規程

令和2年10月30日告示第6号
改正 令和3年4月30日告示第4号

(趣旨)

第1条 この規程は、鯖江広域衛生施設組合（以下「組合」という。）の業務の委託を受けた者、または組合の業務に有償ボランティアとして活動する者の、業務上の災害（負傷、疾病、障害または死亡をいう。以下同じ。）または通勤による災害に対する補償（以下「補償」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この規程において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 有償ボランティア その者の自発的な意思により組合に貢献する活動に対する代償として、報償金、謝礼金、その他いかなる名称によるかを問わず組合から金銭または有価物が支払われる者をいう。
 - (2) 受託者等 組合の業務の委託を受けた者および組合の業務に有償ボランティアとして活動する者のうち、別表第1の名称欄に掲げる者をいう。
 - (3) 委託業務等 受託者等が行う別表第1の業務内容欄に掲げる業務をいう。
 - (4) 業務地 受託者等が委託業務等を行う場所をいう。
 - (5) 通勤 受託者等が委託業務等のため、住居と業務地との間または一の業務地から他の業務地との間の移動を、合理的な経路および方法により行うことをいう。ただし、委託業務等の性質を有するものを除く。
- 2 受託者等が、前項第5号に規定する移動の経路を逸脱し、または同号に規定する移動を中断した場合においては、当該逸脱または中断の間およびその後の同号に規定する移動は、通勤に含まない。ただし、当該逸脱または中断が日常生活上必要な行為であって、やむを得ない事由により行う最小限度のものである場合は、当該逸脱または中断の間を除き、この限りでない。

(保険契約による制度の保全)

第3条 補償に関する制度を保全するための手段として、組合が契約者として、損害保険会社（以下「保険会社」という。）と契約を締結する。

(補償期間)

第4条 補償に関する制度の補償期間は、毎年4月1日の午前0時から翌年3月31日の午後12時までとする。

(補償の種類)

第5条 組合の行う補償の種類は、次に掲げるものとする。

- (1) 療養補償
- (2) 休業補償
- (3) 葬祭補償
- (4) 障害補償
- (5) 介護補償
- (6) 遺族補償

(療養補償)

第6条 受託者等が、業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかった場合においては、療養補償を行う。

(休業補償)

第7条 受託者等が、業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、療養のため他に勤務その他の業務に従事することができない場合において、給与その他の収入を得ることができないときは、休業補償を行う。

(葬祭補償)

第8条 受託者等が、業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷または疾病を直接の原因として、死亡した場合においては葬祭を行った遺族に対して、葬祭補償を行う。

(障害補償)

第9条 受託者等が、業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷または疾病を直接の原因として、これらの原因となった事故の発生の日から180日以内に、組合を被保険者とする保険契約を締結する保険会社が定める等級に該当する障害（以下「特定後遺障害」という。）が生じた場合においては、障害補償を行う。

(介護補償)

第10条 前条に規定する障害補償を受けることのできる者が、当該補償を受けるべき事由となった特定後遺障害により、保険会社が定める常時介護を要する状態にある場合においては、介護補償を行う。

(遺族補償)

第11条 受託者等が、業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかり、当該負傷または疾病を直接の原因として、これらの原因となった事故の発生の日から180日以内に死亡した場合においては、受託者等の遺族に対して遺族補償を行う。

(補償内容)

第12条 組合は、受託者等またはその遺族に対して、別表第2の補償の種類欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表の給付額欄に掲げる額を支給する。

(補償を行わない場合)

第13条 組合は、次に掲げる事故により、受託者等が業務上負傷し、若しくは疾病にかかり、または通勤により負傷し、若しくは疾病にかかったとき、または業務上の負傷、疾病若しくは障害、若しくは通勤による負傷、疾病、若しくは障害の程度が増進され、若しくはその回復が妨げられたときは、その者に係る補償を行わない。

- (1) 戦争、外国の武力行使、革命、政権奪取、内乱、武装反乱、その他これらに類似の事変若しくは暴動（群衆または多数の者の集団の行為によって、全国または一部の地区において著しく平穏が害され、治安維持上重大な事態と認められる状態をいう。）またはこれらに随伴して生じた事故、若しくはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故。
- (2) 核燃料物質（使用済燃料を含む。以下同じ。）若しくは核燃料物質によって汚染された物（原子核分裂生成物を含む。）の放射性、爆発性その他の有毒な特性に基づいて

生じた事故またはこれらに随伴して生じた事故、若しくはこれらに伴う秩序の混乱に基づいて生じた事故。

- (3) 受託者等または受託者等の親族の故意または重大な過失に基づいて生じた事故。
- (4) この規程に基づき遺族補償を受けようとする遺族の故意または重大な過失に基づいて生じた事故。（ただし、その遺族が遺族補償の一部の受取人である場合は、その者が受け取るべき金額に限る。）
- (5) 受託者等が法令によって定められた運転資格（運転する地における法令によるものをいう。）を持たない状態または道路交通法（昭和35年法律第105号）第65条第1項に規定する酒気を帯びた状態で自動車または原動機付自転車（以下「自動車等」という。）を運転している間の事故。
- (6) 麻薬、大麻、あへん、覚醒剤または毒物および劇物取締法（昭和25年法律第303号）第3条の3の規定により政令で定める毒物または劇物（これらを含む。）の影響により正常な運転をすることができないおそれがある状態で自動車等を運転している間の事故。
- (7) 受託者等の妊娠、出産、早産または流産に基づいて生じた事故。

（災害報告）

第14条 受託者等は、業務上の災害または通勤による災害が発生したときは、速やかに委託業務等災害発生報告書（様式第1号。以下「報告書」という。）に、次に掲げる資料を添付して鯖江広域衛生施設組合管理者（以下「管理者」という。）に提出しなければならない。

- (1) 医師または歯科医師の所見
- (2) 災害の概要が把握できる資料
- (3) その他管理者が必要と認める資料

（補償対象の認定）

第15条 管理者は、報告書が提出されたときは、必要に応じて保険会社との協議を行い、災害の内容を審査し、当該災害が補償の対象となると判断したときは、保険会社に対し保険会社の指定する様式にて報告を行うとともに、報告書の提出者（以下「報告者」という。）に対し、委託業務等災害補償認定通知書（様式第2号）により通知する。

2 管理者は、前項の規定による審査の結果、当該災害が補償の対象に該当しないと認めたときは、委託業務等災害補償不認定通知書（様式第3号。以下「不認定通知書」という。）により報告者に通知する。この場合において、補償の対象に該当しないと認めた理由を不認定通知書に記載しなければならない。

（補償金の請求等）

第16条 報告者は、前条第1項の規定により交付決定を受けたときは、委託業務等災害補償金請求書（様式第4号。以下「補償金請求書」という。）に、次に掲げる資料を添付して管理者に提出しなければならない。

- (1) 別表第3の補償の種類欄に掲げる区分に応じ、それぞれ同表の添付書類欄に掲げる資料。
 - (2) その他管理者が必要と認める資料。
- 2 管理者は、前項の規定により補償金の請求を受けた場合には、報告者に対して補償金の支払いを行う。

（保険金の請求）

第17条 管理者は、報告者から補償金請求書の提出があった場合は、必要書類を添付して保険会社に保険金の請求を行う。

(療養の現状等に関する報告)

- 第 18 条 報告者は、業務上の災害または通勤による災害を受け、その療養の開始後 1 年 6 箇月を経過した日において当該傷病が治っていないときは、同日後 1 箇月以内に療養の現状等に関する報告書（様式第 5 号）を管理者に提出しなければならない。
- 2 報告者は、療養の現状等に関する報告書を提出するにあたり、医師または歯科医師の証明を受けなければならない。
 - 3 前 2 項の規定は、第 1 項に規定する者で、その療養の開始後 1 年 6 箇月を経過した日後において当該傷病が治っていないもののうち、管理者が必要であると認めて通知した者について準用する。

(治癒の報告)

- 第 19 条 報告者は、業務上の災害または通勤による災害を受け、それが治癒（完全治癒のほか、症状が固定し、もはや医療効果が期待し得ないものをいう。）したときは、治癒報告書（様式第 6 号）を管理者に提出しなければならない。

(その他)

- 第 20 条 この規程に定めるもののほか、補償に関し必要な事項は、保険会社の定める手引、約款その他の規程によるほか、地方公務員災害補償法（昭和 42 年法律第 121 号）の例による。

附 則

この規程は、令和 2 年 11 月 1 日から施行する。

附 則（令和 3 年告示第 4 号）

この規程は、令和 3 年 5 月 1 日から施行する。

別表第1（第2条関係）

| 名 称 | 業 務 内 容 |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 新ごみ焼却施設等整備 基本計画検討委員会 | 新ごみ焼却施設等整備基本計画の策定について、調査・審議を行う。 |
| 鯖江広域衛生施設組合 新ごみ焼却施設等整備・ 運営事業者選定委員会 | 新ごみ焼却施設等整備・運営事業に係る事業実施方針の策定や特定 事業の選定、募集書類・業務提案書・見積書等の審査を行い、本事 業の実施候補者を選定する等の処理を行う。 |

別表第2（第12条関係）

| 補償の種類 | 給 付 額 |
|-------|--------------------------------------|
| 療養補償 | 療養費見舞金 療養に係る自己負担額 |
| 休業補償 | 休業補償見舞金 日額4,000円 ※30日限度 |
| 葬祭補償 | 葬祭費用見舞金 葬祭に係る費用 ※50万円上限 |
| 障害補償 | 後遺障害見舞金 保険会社が定める等級に応じ40万円から1,000万円まで |
| 介護補償 | 介護見舞金 300万円 |
| 遺族補償 | 死亡見舞金 1,000万円 |

別表第3（第16条関係）

| 補償の種類 | 添 付 書 類 |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 療養補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・治療費領収証の写し ・個室利用証明 ※個室利用の場合 ・入院および通院交通費明細書の写し |
| 休業補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・休業損害証明書 ※給与所得者またはパート・アルバイトの場合 |
| 葬祭補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・葬祭費用の領収証および明細書の写し |
| 障害補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・後遺障害診断書 |
| 介護補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・診断書（介護用） ・要介護状態説明書 |
| 遺族補償 | <ul style="list-style-type: none"> ・死亡診断書 |

年 月 日

鯖江広域衛生施設組合 管理者 様

住 所
氏 名

印

委託業務等災害発生報告書

業務（通勤）中に災害が発生しましたので、鯖江広域衛生施設組合委託業務等に係る災害補償に関する規程第14条の規定により、ご報告いたします。

なお、報告書記載の個人情報を保険会社に提供することに同意します。

| | | | | |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|-------------|
| 災害発生日時 | 年 月 日 () | | 午前・午後 | 時 分 |
| 被災者名 | | | 性別 | |
| 委託管理部署名 | | | 委託業務等名称 | |
| 生年月日 | 年 月 日生 (歳) | | | |
| 災害区分およびその発生場所 | <input type="radio"/> | 委託業務中 | | |
| | <input type="radio"/> | 通勤途上 | | |
| 災害発生時の業務の内容 | | | | |
| 傷病名 | 部位 | | 症状 | |
| 傷病の程度 | <input type="radio"/> | 死亡 | <input type="radio"/> | 後遺障害 (級見込) |
| | <input type="radio"/> | 入院 (日見込) | <input type="radio"/> | 通院 (日見込) |
| | <input type="radio"/> | 休業 (日見込) | | |
| 医療機関 | 名称 | | 電話番号 | - - |
| | 所在地 | | | |
| 災害発生状況 | | | | |
| | <input type="radio"/> | 第三加害者あり | | |
| 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"/> 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"/> 写真 <input type="checkbox"/> 示談書 <input type="checkbox"/> その他 | | | |

第 年 月 日 号

様

鯖江広域衛生施設組合 管理者



委託業務等災害補償認定通知書

年 月 日付けでご報告いただいた次の災害については、審査の結果、委託業務等災害補償の対象と認定しましたので、鯖江広域衛生施設組合委託業務等に係る災害補償に関する規程第15条第1項の規定により通知します。

| | |
|---------------|--------------------|
| 受付番号 | |
| 災害発生日時 | 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分 |
| 災害区分およびその発生場所 | |
| 災害発生時の業務の内容 | |
| 被災者名 | |
| 委託業務等名称 | |
| 傷病名 | |

第 年 月 日 号

様

鯖江広域衛生施設組合 管理者



委託業務等災害補償不認定通知書

年 月 日付けでご報告いただいた次の災害については、審査の結果、委託業務等災害補償の対象に該当しないと判断しましたので、鯖江広域衛生施設組合委託業務等に係る災害補償に関する規程第15条第2項の規定により通知します。

| | |
|----------------------------|---------------------|
| 受 付 番 号 | |
| 災 害 発 生 日 時 | 年 月 日 () 午前・午後 時 分 |
| 災 害 区 分 及 び そ の 発 生 場 所 | |
| 災 害 発 生 時 の 業 務 の 内 容 | |
| 被 災 者 名 | |
| 委 託 業 務 等 名 称 | |
| 傷 病 名 | |
| 理 由 | |

年 月 日

鯖江広域衛生施設組合 管理者 様

住 所
氏 名
委託業務等名称

印

委託業務等災害補償金請求書

年 月 日付け、第 号にて認定を受けた災害に関する補償について鯖江広域衛生施設組合委託業務等に係る災害補償に関する規程第16条の規定により下記のとおり請求します。

記

一金 _____ 円

| | |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 災害発生の年月日 | 年 月 日 |
| 請求回数 | 第 回（ 年 月分） |
| 補償の種類 | |
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> 治療費領収証の写し <input type="checkbox"/> 個室利用証明 <input type="checkbox"/> 入院及び通院交通費明細書の写し <input type="checkbox"/> 休業損害証明書 <input type="checkbox"/> 葬祭費用の領収書及び明細書の写し <input type="checkbox"/> 後遺障害診断書 <input type="checkbox"/> 診断書（介護用） <input type="checkbox"/> 要介護状態説明書 <input type="checkbox"/> 死亡診断書 |

| | | | |
|--------|--------------|---------------------------------------------|---------|
| 口座振替依頼 | 振込金融機関 | 銀行 信用金庫 労働金庫 農業協同組合 郵貯銀行 () | 本店 ・ 支店 |
| | 口座種別 口座番号 | 普通・当座・その他 () | No. |
| | フリガナ | | |
| | 口座名義人 | | |

年 月 日

鯖江広域衛生施設組合 管理者 様

住 所
氏 名
委託業務等名称

印

療養の現状等に関する報告書

年 月 日付け、第 号にて認定を受けた災害に関する療養の現状等について次のとおり報告します。

| | |
|-------------|----------|
| 1 災害発生の年月日 | 年 月 日（ ） |
| 2 療養開始の年月日 | 年 月 日（ ） |
| 3 傷 病 名 | |
| 4 療 養 の 経 過 | |
| 5 日常生活の概要 | |

【注意事項】

報告者は、*印の欄には記入しないこと。

* 6 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名、傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

（報告者の氏名）

.....については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名称
医師の氏名

印

年 月 日

鯖江広域衛生施設組合 管理者 様

住 所
氏 名
委託業務等名称

印

治 癒 報 告 書

年 月 日付け、第 号にて認定を受けた災害に関して、次のとおり治癒しましたので報告します。

| | |
|-----------------------------------|--------------------|
| 被災者の氏名 | |
| 災害発生日時 | 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分 |
| 傷 病 名 | |
| 治癒 <small>（症状の固定を含む。）</small> 年月日 | |
| 治癒時点の障害の有無 | 程 度 有（ ） ・ 無 |
| 医 療 機 関 名 | |
| その他の参考事項 | |

【注意事項】

「治癒時点の障害の有無」欄は、傷病が治ったとき（症状が固定したときを含む。）特定後遺障害があるかないかについて記入すること。