

診 療 依 頼 書

所属部局 _____

被災職員の 職 名 _____

氏 名 _____

(_____ 年 _____ 月 _____ 日生)

上記の者は _____ (県・市・町・村・組合) の職員であります。下記により〔公務上・通勤途上〕受傷(発病)し、目下、地方公務員災害補償基金千葉県支部に対し〔公務災害・通勤災害〕の認定請求中ですので、地方公務員災害補償基金理事長又は地方公務員災害補償基金千葉県支部長との契約(協定)に基づき、被災職員の診療をお願いいたします。

記

災害発生日時	年 月 日 午前・午後 時 分ごろ
災害発生場所	
災害の原因及び 発生の状況

年 月 日

指定医療機関の長 様

所属部局所在地 _____

証明者 所属団体及び部局名 _____

所属部局長の職氏名 _____ 印

(電話 _____)

注1 医療機関の方へ……

- (1) 本書を持参した被災職員は、公務上又は通勤災害該当の災害により負傷(発病)したものであると、被災職員及び被災職員の所属長が認め、貴指定医療機関で診療を受けようとするものですので、診療に要した費用は、「診療費請求書」で地方公務員災害補償基金千葉県支部(千葉市美浜区中瀬 2-6-1WBG マリブウエスト 33 階)に請求してください。
- (2) 本書は指定医療機関において保存してください。

注2 所属長及び被災職員(請求人)の方へ……

- (1) 本書は、公務災害又は通勤災害による負傷(疾病)の診療を、指定医療機関で受けようとする場合に、初診日に必ず提出してください。
- (2) 本書を指定医療機関に提出し診療を受けた後に、本件災害が、公務外又は通勤災害非該当となった場合には、診療に要した費用の全額は被災職員(請求人)の負担になります。
- (3) 初診日に、本書と併せて「診療費請求書」を指定医療機関に提出してください。
- (4) 本書の証明者は、所属部局の担当課長及び所長又はこれに代わる者であること。