

認定番号	
------	--

被災職員	所 属		氏 名	
------	-----	--	-----	--

	医療	名 称		初診年月日	年 月 日
	機関	所在地		電 話	

公務(通勤)災害 の告知の有無	医療機関に公務(通勤)による災害であることを	☐ 告げた。 ☐ 告げていない。
--------------------	------------------------	---

転	診 断 書 の 発 行	☐ 発行してもらった。（ 通）——— 診断書料を		☐ 支払った。
		☐ 発行してもらわなかった。		☐ 支払わなかった。

医 前 の 医	薬	☐ 医療機関で受け取った。	{	薬局名	
		☐ 処方せんにより、薬局で受けとった。		所在地	
		☐ 薬なし。		電 話	

医療機関	治療費	☐ 支払っていない。 ☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ その他 （ ）	薬剤費	☐ 支払っていない。 ☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ その他 （ ）
------	-----	---	-----	---

	医療	名 称		初診年月日	年 月 日
	機関	所在地		電 話	

公務(通勤)災害 の告知の有無	医療機関に公務(通勤)による災害であることを	☐ 告げた。 ☐ 告げていない。
--------------------	------------------------	---

転	診 断 書 の 発 行	☐ 発行してもらった。（ 通）—— 診断書料を		☐ 支払った。
		☐ 発行してもらわなかった。		☐ 支払わなかった。

医 後 の	薬	☐ 医療機関で受け取った。	┌	薬局名	
		☐ 処方せんにより、薬局で受けとった。		所在地	
		☐ 薬なし。		電 話	

医療機関	治療費	☐ 支払っていない。 ☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ その他	薬剤費	☐ 支払っていない。 ☐ 全額を支払った。（健康保険証（共済組合員証）は使用しなかった。） — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 健康保険証（共済組合員証）を使用して自己負担分を支払った。 — 認定後の返金は（ ☐ 可 ☐ 不可） ☐ 預かり金を支払った。（ 円） ☐ その他 （ ）
------	-----	--	-----	---

転医の理由（医師の指示により転医した場合には医師が記入のこと）

医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ）

上記の理由により

へ転医させたことを証明します。

年 月 日

医療機関の { 所在地
名 称
医師の氏名

（注１）転医した場合には、すみやかに（原則として１週間以内）、この転医届を、所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金支部に必ず提出してください。

（注２）転医後の医療機関が、基金の「指定医療機関」である場合には、初診の際又はその後すみやかに、「療養の給付請求書」（様式第５号）を当該指定医療機関に提出し、「公務（通勤）災害の取扱い」を依頼してください。

（注３）医師の指示によらずに転医するなど、「**妥当な理由がなく転医した場合**」には、転医前の医療機関で行った治療と重複する費用や転医のための交通費が補償されず自己負担となりますので、注意してください。