**医療機関受診報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被災職員 | 所　属 | | |  | 災害発生年月日 |
| 氏　名 | | |  | 年　　月　　日 |
| **療養経過** | | | | | |
| 年月日 | | 医療機関 | | | 治療費 |
| 初診   * ・   　～  ・　・ | | 所在地 | 〒　　　　　　　　電話 | | 1. 支払っていない。 2. 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 3. 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 4. その他（　　　　　　　　　） |
| 名　称 |  | |
| 初診・転医   * ・   　～  ・　・ | | 所在地 | 〒　　　　　　　　電話 | | 1. 支払っていない。 2. 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 3. 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 4. その他（　　　　　　　　　） |
| 名　称 |  | |
| 初診・転医   * ・   　～  ・　・ | | 所在地 | 〒　　　　　　　　電話 | | 1. 支払っていない。 2. 共済組合員証（健康保険証）を使用し自己負担分を支払った。 3. 共済組合員証（健康保険証）は使用せず全額支払った。 4. その他（　　　　　　　　　） |
| 名　称 |  | |
| 転医の理由（該当するものの記号を○で囲んでください）  　ア　医師から指示があったため（下欄に医師の証明）  　イ　継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため  　ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 医師の証明（医師の指示により転医した場合のみ）  次の理由により　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　へ転医させたことを証明します。  　　　理由  　　　年　　　月　　　日  　所在地  医療機関の　名称  　　　　　　医師の氏名 | | | | | |

（注１）災害発生から認定請求までの当該災害に係る医療機関の受診状況を正確に記載してください。この医療機関受診報告書に記載された医療機関に係る転医については、「転医届」を提出する必要はありません。ただし、この医療機関受診報告書を記載し、認定請求をした後に、当該災害に係る傷病について転医した場合には、「転医届」を所属、任命権者の公務災害担当課を経由して、基金に必ず提出してください。

（注２）年月日の記載には元号を用いてください。