

公務傷病者診療依頼書

所属部局 _____

職 種 _____

氏 名 _____

(昭和・平成 年 月 日生)

上記の者は大阪市の職員であり、公務中・通勤中に負傷（発病）いたしましたので診療を依頼いたします。

なお、今後公務・通勤災害の申請を行う予定ですので、療養補償費につきましては、大阪府医師会を經由のうえ、地方公務員災害補償基金大阪市支部（〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20 大阪市人事室人事課 厚生グループ内 06-6208-7538～9）あて請求ください。

年 月 日

各病院・医院 様

(依頼者)所在地 _____

所属部局 _____

電 話 _____

補 職 _____

氏 名 _____

* 依頼者は所属部局の厚生担当係長又はこれに代わる者

* 年月日の記載には元号を用いること