

診 療 依 頼 書

所属部局 〇〇市〇〇部〇〇課

職 名 技師

氏 名 大阪 一郎

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日生

上記の者は、〇 〇 (府・市・町・村・組合) の職員であります。令和〇〇年〇月〇日、公務中 受傷 (発病) 通勤途上し、現在、地方公務員災害補償基金大阪府支部(大阪府中央区大手前2丁目1-22・大阪府庁内・電話6941-0351内線2128)に対し、「公務災害 通勤災害」の認定を請求中」でありますので、昭和43年6月13日付けで締結された地方公務員災害補償基金大阪府支部と大阪府医師会との間の協定に基づき被災職員の診療をお願いいたします。

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

指 定 医 療 機 関 様

所属部局の所在地 〇〇市〇〇町〇〇町目〇〇

名 称 〇〇市〇〇部〇〇課

長の職氏名 課長 〇〇〇〇

(電話 〇〇〇〇-〇〇〇〇)

※ 証明者は所属部局の担当課長又はこれに代わる者であること。