

- 併医した（する）場合には、必ず提出してください。
○ 認定請求時に既に併医している場合には、認定請求書に添付してください。

地方公務員災害補償

併 医 届

認定番号

〇〇—100000

被災職員	所属	〇〇市〇〇部〇〇課	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名	〇〇〇〇	住所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地
	傷病名 (災害発生日)	〇〇〇〇 (災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)		
現在受診している医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地		
	名称	〇〇大学病院		
医療機関	療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (診療 7日)		
併医する医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地		
	名称	〇〇クリニック		
	併医日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
併医する理由 (療養上の理由であれば主治医が、通院上の理由であれば被災職員が詳細に記載してください。)	・ 精密検査を受ける必要があるため ・ 手術を受ける必要があるため ・ リハビリを受ける必要があるため など			
主治医の証明	上記理由により療養上併医の必要があると認められるので、 <u>〇〇クリニック</u> ～併医させたことを証明する。 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地		
	医療機関の名称	〇〇大学病院		
	担当医師	〇〇 〇〇 (※ 自署又は記名押印)		
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様 上記のとおり併医したいので届け出ます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被災職員氏名 〇〇 〇〇				

主治医の指示により併医するときのみ医師の証明が必要です。

(注意)

- 主治医の指示等合理的理由のない併医の場合、併医後の重複した療養費は補償対象外となります。
- 併医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
- 併医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
- 主治医の証明欄は、主治医の指示により併医するときのみ証明を受けてください。