|  |
| --- |
| 被災職員用所属長・任命権者用 |

**送付資料一覧**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　地方公務員災害補償基金広島県支部

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 配付先 | 資　　料 | 認定事案の種類 | 備考 |
| 第三者加害 | 左記以外 |
| 示談先行 | 補償先行 |
| 被災職員へ手交 | 認定通知書 | ● | ● | ● |  |
| 第三者加害事案の補償の実施について | ● | ● |  |  |
| 損害賠償の受領報告書 | ● | ● |  |  |
| 損害賠償請求権取得通知書の例 |  | ● |  |  |
| 第三者加害行為現状（結果）報告書 | ● | ● |  |  |
| 療養費の請求方法について | ● | ● | ● |  |
| 療養費の請求に係る提出書類について | ● | ● | ● |  |
| 基金広島県支部の指定医療機関一覧 | ● | ● | ● |  |
| 療養の給付請求書（様式第５号） | ● | ● | ● | ※指定医療機関の場合のみ使用 |
| 療養補償請求書（様式第６号）【医療機関用】 | ● | ● | ● |  |
| 療養補償請求書（様式第６号）【薬　局　用】 |  | ● | ● |  |
| 各様式の記載例 | ● | ● | ● |  |
| 災害補償制度上の「治ゆ」について | ● | ● | ● |  |
| 治ゆ（症状固定）報告書 | ● | ● | ● |  |
| Ｂ型・Ｃ型肝炎及びヒト免疫不全ウイルスに汚染された血液等に接触した場合の療養補償の取扱いについて |  |  | ※ | ※針刺し・切創等事案のみ |
| 被災職員へ手交(医療機関へ提出) | 認定通知書の写し |  | (●) | (●) |  |
| 医療機関へのお願い |  | ● | ● |  |
| 療養費の請求に係る提出書類について |  | ● | ● |  |
| 療養の給付請求書（様式第５号） |  | ● | ● | ※指定医療機関の場合のみ使用 |
| 療養補償請求書（様式第６号）【医療機関用】 |  | ● | ● |  |
| 療養補償請求書（様式第６号）【薬　局　用】 |  | ● | ● |  |
| 各様式の記載例 |  | ● | ● |  |
| 災害補償制度上の「治ゆ」について |  | ● | ● |  |
| 所属長・任命権者用 | 認定通知書 | ● | ● | ● |  |
| 公務災害・通勤災害に係る留意事項について | ● | ● | ● |  |
| 公務災害防止対策実施報告書 |  |  | ※ | ※ヒヤリ・ハット　事案のみ |

　※　所属長・任命権者は必要に応じ、被災職員手交書類をコピーし、保存してください。