

医療機関受診報告書

被災職員	所属団体・所属	〇〇市 〇〇課
	職・氏名	主事 栃木 太郎
先に 受診した 医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	名称	〇〇整形外科
	初診日	〇〇年〇〇月〇〇日
	組合員証の使用有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) 使用期間：〇〇年〇〇月から〇〇年〇〇月まで
次に 受診した 医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
	名称	〇〇病院
	初診日	〇〇年〇〇月〇〇日
	組合員証の使用有無	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 (有の場合) 使用期間： 年 月から 年 月まで
上記のとおり報告します。 〇〇年〇〇月〇〇日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">被災職員氏名 栃木 太郎</div> 地方公務員災害補償基金 栃木県支部長 福田 富一 殿		

- (注意) 1 公務・通勤災害認定請求書と併せて提出してください。
- 2 災害発生から認定請求までの当該災害に係る医療機関等（病院、診療所、施術所）の受診状況を正確に記載してください（薬局の記載は不要です。）。
- 3 認定請求時点で医療機関等を3ヵ所以上受診している場合は、適宜用紙を追加してください。