

診 療 依 頼 書

所属部局.....

職 名.....

氏 名.....

.....年 月 日生

上記の者は、(府・市・町・村・組合)の
職員であります。年 月 日、公務中
通勤途上 受傷(発病)
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。

年 月 日

指 定 医 療 機 関 様

所属部局の所在地.....

名 称.....

長の職氏名.....

(電話)

※ 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。