

受診医療機関報告書兼転医届

令和〇〇年 10月 21日

(該当する□にレを記入してください)

- **認定請求時**：現在までの受診医療機関を下欄のとおり報告します。
(全ての医療機関について記載してください。医師の指示による転医の場合は、転医届（支部様式 1 4）も併せて提出してください。)
- **認定後**：下欄の 1 の医療機関から 2 の医療機関に転医したいので届けます。
(医師の指示による場合は、転医届（支部様式 1 4）により届けてください。)

被災職員氏名 藤原 京子

<input type="checkbox"/> 認定番号 — <input checked="" type="checkbox"/> 認定請求中	所属名 〇〇県総務部総務課
災害発生日 令和〇〇年 10月 25日	生年月日 昭和〇年 5月 24日
住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地	
所属所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地	

順序	受診期間	医療機関名 (所在市町村名)	傷病名	転医届の有無	鍼灸治療の有無	共済使用の有無	転医の理由
1	R00.10.25 ~R00.10.26	田村病院 (大和郡山市)	左第5中足骨骨折	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	専門的な治療が必要なため。
2	R00.10.26 ~ . . .	木下病院 (桜井市)	左第5中足骨骨折	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
3	. . . ~ . . .	()		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
4	. . . ~ . . .	()		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	
5	. . . ~ . . .	()		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	

※ 公務災害の認定を受ける場合は診断書（原本）を1通提出していただきますが、傷病名が各医療機関で異なる場合は、異なる医療機関分の診断書も提出してください。

記入にあたっては裏面の注意事項をよくご覧ください。

1. 転医に関して

診療を受ける医療機関は、被災職員が自由に選択して結構ですが、転医は原則として認められません。その理由は、重複診療、重複投薬となり、治療に逆効果となる恐れがあるからです。

よって自己の都合による転医の場合、療養補償の全部又は一部が行われない場合がありますので、ご注意ください。

転医が認められるのは、以下の場合に限られます。

- ① 被災場所の最寄りの医療機関へ救急搬送などで応急手当を受けたあと、自己の都合によらず療養に適した専門医療機関へ転医する場合（この場合、原則として、転医届（支部様式第14）の提出が必要です。転医届が提出されない場合は、療養補償の全部又は一部が行われないことがあります。）
- ② 傷病の都合上、入院加療を受けていた医療機関から勤務先又は自宅からの通院に便利な医療機関に転医する場合
- ③ 現在治療を担当している医師より医療技術、施設等の問題から他の専門医療機関の紹介を受け、転医する場合（この場合、転医届（支部様式第14）の提出が必要です。転医届が提出されない場合は、療養補償の全部又は一部が行われないことがあります。）

※セカンドオピニオンを受けるための転医は療養補償の対象となりませんのでご注意ください。

2. 接骨院等での治療に関して

- ① 柔道整復師（いわゆる接骨院）のみで施術が行うことができる以下の場合のみ支給対象となります。
 - ・ 脱臼又は骨折の患部に対する施術（医師の同意がない場合には応急処置のみ）
 - ・ 打撲又は捻挫に対する施術
- ② はり、きゅうの施術については、医師が治療効果があると認め、同意書（様式については、お問い合わせください）がある場合のみ、原則として12か月を限度に療養補償の対象として認められます。ただし、3か月経過ごとに同意書が必要です。

なお、痛みを軽減するためだけを目的とする施術は、療養補償の対象として認められません。
- ③ 柔道整復師以外にカイロプラテックス等による治療を受けられる場合がありますが、健康保険が適用されない治療所での治療については支給することができません。