支部様式第２７号

転　　医　　届

認定番号	

令和　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　様

届出者の住所

氏　　名　　㊞

下記のとおり転医したいので報告します。

所属団体部局		所在地	
災害発生年月日		傷病名	
現在受診している医療機関	所　在　地		
	名　　称		
	療養期間	から　　まで　日間	
転医（精密検査等）する医療機関	所　在　地		
	名　　称		
	転医年月日	令和　　年　　月　　日	
転医（精密検査等）の理由			

＊医師の指示により転医（精密検査等）した場合については、下欄に医師の証明が必要です。

医療機関の証明	上記理由のとおり転医（精密検査等）が必要であることを証明します。 令和　　年　　月　　日 所　在　地 **医療機関** 名　　称 医師の氏名　　㊞