

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		令和 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		年 月 日 から 年 月 日まで 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				
	医療機関 { 所 在 地 名 称 医師の氏名				