

# 転 医 届

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

令和 6年 1月 15日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

届出者の住所〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室  
氏 名 熊本 太郎

下記のとおり転医したいので報告します。

所属団体部局	熊本県総務部人事課	所在地	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
--------	-----------	-----	-------------------

災害発生年月日	令和6年1月9日	傷病名	右膝切創
---------	----------	-----	------

現在受診している 医療機関	所在地	熊本市中央区水前寺6丁目18番2号
	名称	熊本病院
	療養期間	令和6年1月9日 から 令和6年1月13日まで 5日間

転医(精密検査等)する 医療機関	所在地	熊本市中央区水前寺6丁目18番4号
	名称	肥後病院
	転医年月日	令和6年1月14日

転医(精密検査等)の理由	専門的な治療が必要なため
--------------	--------------

\* 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

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 <p style="text-align: center;"><b>令和6年1月13日</b></p>	医師の指示で転医 する場合は、 <b>転医前の医療機関による                  証明</b> が必要です。	
	医療機関 {		所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番2号
			名称 熊本病院
	医師の氏名	熊本 花子	