転　　　医　　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 所属団体 |  | 所属部局 |  |
| 被災職員氏名 |  | 災害発生年 月 日 | 　　　 　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 |
| 転医もしくは精密検査を受けようとする医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 転医（検査 受診）月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 転医（精密検査）の理由（該当するものの記号を○で囲んでください）　ア　医師から指示があったため（下欄に医師の証明）　イ　継続的な通院が必要で（自宅・勤務地）に近いため　ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医師の証明（医師の指示により転医（精密検査）した場合のみ）　次の理由により　　　　　　　　　　　　　　　　　　　へ転医させたことを証明します。　転医（精密検査）の理由　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日所　在　地医療機関の　 名　　　称 医師の氏名　 　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　 |
| 上記のとおり転医したいので、届け出します。　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　 被災職員氏名　　 　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　地方公務員災害補償基金福岡県支部長　殿 |

（注）年月日の記載には元号を用いてください。