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。