

# 転 医 届

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金静岡県支部長 様

氏 名

下記のとおり転医したいので届け出ます。

被災職員	認定番号	
	所属団体名	
	氏名	
	傷病名	
現在受診している医療機関	所在地	
	名称	
	療養期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
転医又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）年月日	令和 年 月 日
転医（精密検査）の理由		
上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。 令和 年 月 日  医療機関の { 所在地 { 名称 { 担当医師		

〔注意事項〕 医師の証明欄は、医師の指示により転医又は精密検査を受けたときのみ証明を受けること。