

転医届出書

認定番号

勤務先所在地			
現住所			
災害発生場所			
被災年月日	年	月	日
認定傷病名			
現在受診している医療機関等	名称		
	所在地		診療科目
	受診期間	年 月 日 から	年 月 日まで
転医を希望する医療機関等	名称		
	所在地		診療科目
	転医希望年月日	年 月 日 から	
転医を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 医療上の必要（医師の指示）による転医 （ 医師から指示・説明を受けた内容を具体的に記載 ） <input type="checkbox"/> 自宅からの通院に便利な医療機関への転医 <input type="checkbox"/> 勤務先からの通院に便利な医療機関への転医 （ 理由 ） <input type="checkbox"/> その他 （ 理由 ）		
地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様 上記のとおり転医したいので届け出ます。 年 月 日 被災職員 { 所属団体 _____ 所属部局 _____ 氏 名 _____			

※ 転医を希望する場合は、あらかじめ本書を提出してください。自己の判断による転医や重複診療は、原則として必要な療養とは認められず、療養補償を受けられない場合があります。

※ 公務（通勤）災害認定請求時に医療上又は業務上の必要から既に転医しており、認定請求書にその転医理由が記載されている場合については、提出の必要はありません。