

別記群地基様式第 13 号の 2

認定番号

0 3 - x x x x x x

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。

令和 ○年 ○月 ○日

所属団体 **群馬県**

被災職員 所属部局 **〇〇部〇〇事務所**

氏 名 群馬 県七郎

※ 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。