

【記 載 例】

別記群地基様式第 13 号の 2

転 医 届 出 書		認定番号	03-xxxxxx
勤務先所在地	富岡市〇〇町xxx-x (△△合同庁舎)		
現 住 所	富岡市〇〇町xx		
災害発生場所	高崎市〇〇町xxxx-x (△△多目的ホール内)		
被災年月日	令和 〇年 〇月 〇日		
認定傷病名	左アキレス腱断裂		
現在受診している医療機関等	名 称	A 医院	
	所 在 地	高崎市〇〇町	診療科目 整形外科
	受診期間	令和 〇年〇月〇日 から 令和 〇年〇月〇日まで	
転 医 を希望する医療機関等	名 称	B 医院	
	所 在 地	富岡市〇〇町	診療科目 整形外科
	転医希望年月日	令和 〇年〇月〇日 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 <small>医師から指示・説明を受けた内容を具体的に記載</small> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px 0;"></div> <input type="checkbox"/> 自宅からの通院に便利な医療機関への転医 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先からの通院に便利な医療機関への転医 <small>理由</small> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 出張先で負傷し、最寄りの医療機関（A 医院）を受診したため、その後も同医院で治療を行っていたが、今後の治療は勤務終了後に通いやすいB 医院で行いたいため。 </div> <input type="checkbox"/> その他 <small>理由</small> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 30px; margin: 5px 0;"></div>		
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。 <div style="text-align: right;">令和 〇年 〇月 〇日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 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 </div>			

※ 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。