

転医届の記載例
別記様式第8号

転 医 届

所属団体部局名	〇〇市〇〇部〇〇課	認定番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被災職員氏名	鳥取花子		
認定傷病名	右腓骨々折		
現在受診している医療機関	所在地 名称 療養期間	〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇 医 院 〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日まで〇〇日間	
転医若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	〇〇市〇〇町〇〇番地 〇〇 医 院 〇〇年〇〇月〇〇日	
転医(精密検査)の理由	通院が困難なため、自宅近くの病院に転医します。		
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 病院又は診療所の { 所在地 名 称 担当医師 (印)			
上記のとおり転医したいので届け出ます。 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 被災職員氏名 鳥取花子 (印) 地方公務員災害補償基金鳥取県支部長 殿			

(注) 医師の証明欄は医師の指示により転医若しくは精密検査を受けようとするときにのみ証明を受けること。