

# 転 医 届

所 属		認定番号	
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	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
転医もしくは 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	年 月 日	
転医(精密検査)の理由			
<p>上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院または診療所の { 所在地 名 称 担当医師</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>			
<p>上記のとおり転医したいのでお届けいたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被災職員氏名</p> <p style="text-align: center;">地方公務員災害補償基金大分県支部長 殿</p>			

(注意事項)

重複診療、その他恣意による転医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ので、事前にこの転医届を提出すること。

- \*転医(精密検査)の理由例 ア 医師から指示があったため(下欄に医師の証明)
- イ 継続的な通院が必要で(自宅・勤務地)に近いため