

転 医 届

所 属	総務部総務課	認定番号	〇〇-〇〇〇〇
氏 名	基金 一郎		
傷 病 名	右足関節骨折		
現在受診している医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地	
	名 称	〇〇病院	
	療 養 期 間	〇〇年〇月〇日 から 〇〇年〇月〇日まで 〇 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	〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号	
	名 称	〇〇整形外科医院	
	転医(検査受診)月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	
転医(精密検査)の理由	(具体的な理由を記入してもらってください。)		
上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。 〇〇年〇月〇日 所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地 病院又は診療所の 名 称 〇〇病院 担当医師 医師 〇〇 〇〇 印			
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 〇〇年〇月〇日 被災職員氏名 基金 一郎 地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿			

※医師の証明は、医師の指示により転医した(する)場合のみ記入すること。