支部様式第27号

転　　医　　届

認定番号	

令和　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長　様

住　　所

氏　　名

下記のとおり転医したいので報告します。

所属団体部局		所在地	
災害発生年月日	令和　　年　　月　　日	傷病名	
現在受診している医療機関	所在地		
	名称		
	療養期間	令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで　　日間	
転医する医療機関	所在地		
	名称		
	転医年月日	令和　　年　　月　　日	
転医の理由	1　自宅に近いため 2　勤務先に近いため 3　療養上必要である（手術・ﾘﾊﾋﾞﾘ・精密検査・その他（　　））として主治医から指示されたため 4　その他（理由：　　）		

＊上記３の理由により転医した場合は、下欄に医師の証明が必要です。

医療機関の証明

上記理由のとおり転医が必要であることを証明します。

令和　　年　　月　　日

医療機関
- 所在地
- 名称
- 医師の氏名