

転 医 届

認定番号

〇〇-〇〇〇〇〇〇

令和 6年 1月 15日

地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様

住 所 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇 〇〇アパート〇号室
氏 名 熊本 太郎

下記のとおり転医したいので報告します。

所 属 団 体 部 局 熊本県総務部人事課 所 在 地 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号

災 害 発 生 年 月 日 令和6年1月9日 傷 病 名 右膝切創

現在受診している医療機関
所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番2号
名 称 熊本病院
療 養 期 間 令和6年1月9日 から 令和6年1月13日まで 5日間

転医前の医療機関

転 医 す る 医 療 機 関
所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番4号
名 称 肥後病院
転医年月日 令和6年1月14日

転医後の医療機関

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・リハビリ・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:)

「その他」の場合は、内容、理由を具体的に記入。

* 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。

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6年1月13日

医師の指示により転医する場合(転医の理由で3を選んだ場合は、**転医前の医療機関による証明**が必要です。

医療機関の証明

医療機関 { 所在地 熊本市中央区水前寺6丁目18番2号
名 称 熊本病院
医師の氏名 熊本 花子