転　　医　　届

　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金

大阪府支部長　　様

認定番号

所属団体

氏 名

次のとおり転医いたしましたので報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 転医先医療機関 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 従前の医療機関 | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 転医日 | 　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 転医理由 | 以下の該当する項目に○を記入してください。「(4)その他」に○を記入した場合は、具体的な理由を記入してください。（別添でも可）(1)　自宅に近いため(2)　勤務先に近いため(3)　主治医の紹介があったため(4)　その他　　（理由） |

（注）転医理由は必要に応じて余白などに具体的に記入してください。

　　なお、転医理由が不明確な場合等、転医理由を医療機関に確認する場合があります。