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。