

# 転 医 届

|   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|---|------------|-------|------|-------|---|-----|--|-----|--|------|
| 所   | 属          |       | 認定番号 |       |   |     |  |     |  |      |
| 氏 名   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
| 傷 病 名   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
| 現在受診している医療機関  | 所 在 地      |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 名 称        |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 療 養 期 間    | 年 月 日 | から   | 年 月 日 |   |     |  |     |  |      |
| 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      |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 名 称        |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 転医(検査受診)月日 | 年     | 月    | 日     |   |     |  |     |  |      |
| 転医(精密検査)の理由   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
| 上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="font-size: 2em;">{</td> <td style="padding-left: 5px;">所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td>名 称</td> </tr> <tr> <td></td> <td>担当医師</td> </tr> </table> <span style="float: right;">⑨</span> |            |       |      |       | { | 所在地 |  | 名 称 |  | 担当医師 |
| {   | 所在地        |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 名 称        |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
|   | 担当医師       |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
| 上記のとおり転医したいのでお届けいたします。<br>年 月 日<br>被災職員氏名   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |
| 地方公務員災害補償基金沖縄県支部長 殿   |            |       |      |       |   |     |  |     |  |      |