|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　　　　　　　　属 | |  | 認定番号 | － |
| 氏　　　　　　　　　名 | |  | | |
| 認定傷病名 | |  | | |
| 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 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 転医（精密検査）の理由 | | □　自宅からの通院に便利なため  □　勤務先からの通院に便利なため  □　その他  　　具体的な内容 | | |
| 上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。  　令和　　　年　　　月　　　日  所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　名称  病院又は診療所の  　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師  （この欄は医師の指示により転医もしくは精密検査を受けようとするときに証明を受けてください。） | | | | |
| 上記のとおり転医したいので届出ます。  　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　被災職員氏名  地方公務員災害補償基金岩手県支部長　様 | | | | |
| 上記のとおり相違ないことを証明します。  　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　所属長職氏名  （この欄は、通院が便利病院等へ転医する場合等、特に医師の指示によらないで転医する場合に証明を受けてください。） | | | | |

転　　医　　届

支部様式8