

○ 転医した（する）場合には、必ず提出してください。
○ 認定請求時に既に転医している場合には、認定請求書に添付してください。

地 方 公 務 員 災 害 補 償

転 医 届

		認定番号		〇〇—100000	
被災職員	所属	〇〇市〇〇部〇〇課		所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名	〇〇〇〇		住 所	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地
	傷 病 名 (災害発生日)	〇〇〇〇 (災害発生日 令和〇〇年〇〇月〇〇日)			
現在受診 している 医療機関	所 在 地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地			
	名 称	〇〇大学病院			
	療養期間	令和〇〇年〇〇月〇〇日から令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (診療 7日)			
転医する 医療機関	所 在 地	〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番地			
	名 称	〇〇クリニック			
	転 医 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
転医する理由		通院上の理由 ・ 療養上の理由			
転医する理由を詳細に記入してください。 なお、療養上の理由による転医の場合は、主治医に受けた説明を被災職員が記載してください。 ・精密検査を受ける必要があるため ・手術を受ける必要があるため ・リハビリを受ける必要があるため など					
地方公務員災害補償基金広島県支部長 様 上記のとおり転医したいので届け出ます。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 被災職員氏名 〇〇 〇〇					

(注意)
1 合理的理由のない転医の場合、転医後の重複した療養費は補償対象外となります。
2 転医先の医師に認定傷病名を伝えてください。
3 転医先の診断で傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡し確認を取ってください。
4 転医の状況について、基金が医療機関等に調査を行う場合があります。