

- 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 ○○—100000

被災職員	所属	○○市○○部○○課	所在地	○○市○○町○○番地
	氏名	○○○○	住所	○○市○○町○丁目○○番地
	傷病名 (災害発生日)	○○○○ (災害発生日 令和○○年○○月○○日)		
現在受診している医療機関	所在地	○○市○○町○丁目○○番地		
	名称	○○大学病院		
	療養期間	令和○○年○○月○○日から令和○○年○○月○○日まで (診療 7日)		
転医する医療機関	所在地	○○市○○町○丁目○○番地		
	名称	○○クリニック		
	転医日	令和○○年○○月○○日		
転医する理由(療養上の理由であれば主治医が、通院上の理由であれば被災職員が詳細に記載してください。)	<ul style="list-style-type: none">・ 自宅(勤務場所)に近く通院に便利のため・ 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 など			
主治医の証明	上記理由により療養上転医の必要があると認められるので、 <u>○○クリニック</u>			
	_____へ転医させたことを証明する。			
	令和○○年○○月○○日	所在地	○○市○○町○丁目○○番地	
	医療機関の名称	○○大学病院		
	担当医師	○○ ○○		
	(※ 自署又は記名押印)			
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○○年○○月○○日 被災職員氏名 ○○ ○○				

(注意)

- 1 主治医の指示等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 主治医の証明欄は、主治医の指示により転医するときのみ証明を受けてください。

主治医の指示により転医するときのみ医師の証明が必要です。

通院上の理由(自宅に近い医院に転院するため、基幹病院での術後近医でリハビリするためなど)の場合は、医師の証明の必要はありません。