

転 医 届 (認 定 後)

	認 定 番 号	—
年 月 日		
地方公務員災害補償基金新潟県支部長 様 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 所属団体 被災職員 所属部局 氏 名 </div> 下記のとおり転医するので届けます。		
認 定 傷 病 名		
現在受診 している 医療機関	名 称	
	療 養 期 間	年 月 日 から 年 月 日まで
転医する 医療機関	所 在 地	〒 —
	名 称	
	転医年月日	年 月 日
転 医 の 理 由	<input type="checkbox"/> 医師の指示により転医するもの（医師の指示内容を具体的に記入してください。） ----- ----- <input type="checkbox"/> 被災現場の最寄りの医療機関で応急手当を受けた後、療養に適した専門医療機関へ転医する。 <input type="checkbox"/> 入院から通院へ変わり、通院に便利な（ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先）近くの医療機関に転医する。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載してください。） ----- -----	
医 師 の 証 明	（医師の指示により転医した場合のみ記入） 上記理由により転医（精密検査）が必要であることを認める。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 所 在 地 医療機関の 名 称 担当医師名 </div>	

(注1) 転医先の医師に認定傷病名を告げること。
 (注2) 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の費用は補償できません。
 (注3) 年月日の記載には元号を用いてください。