

転 医 届

所 属	〇 〇 市 〇 〇 課	認定番号	〇〇 — 〇〇〇
氏 名	栃 木 太 郎		
傷 病 名	〇〇骨折 〇〇部切創		
現在受診している医療機関	所在地	〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇	
	名称	医療法人 〇〇会 □□病院	
	療養期間	〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで 10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	〇〇〇市〇〇町〇〇〇—〇	
	名称	〇〇医科大学附属病院	
	転医（検査受診）の日	〇 年 〇 月 〇 日	
転医（精密検査）の理由	〇〇医科大学附属病院には超音波診断装置などより高度な精密検査を行う設備があるため		
上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。 〇年 〇月 〇日 医療機関の { 所在地 〇〇〇市〇〇町〇〇—〇 名称 医療法人 〇〇会 □□病院 担当医師 医師 〇 〇 〇 〇			
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 〇年 〇月 〇日 被災職員氏名 栃 木 太 郎 地方公務員災害補償基金栃木県支部長 殿			

(注) 医師の証明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のみ証明を受けること。