　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　転　　医　　届

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 | |  | 認定番号 |  |  |
|  |
| 氏名 | |  | | |
| 傷病名 | |  | | |
| 現在受診して　　　　　　いる医療機関 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 療養期間 | 年　　月　　日から　　　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　　　　　　医療期間 | 所在地 |  | | |
| 名称 |  | | |
| 転医（検査　　　　　受診）の日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 転医（精密検査）の理由 | |  | | |
| 上記のとおり転医（精密検査）が必要であることを認める。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　　　　　　　医療機関の　 名　　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担当医師 | | | | |
| 上記のとおり転医したいのでお届けいたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被災職員氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。