

転 医 届

認定番号

—

令和 年 月 日

地方公務員災害補償基金 鹿児島県支部長 殿

(被災職員名) _____

下記のとおり転医した(したい)ので届け出ます。

被災職員氏名		所属	
傷病名			
転医前の 医療機関	所在地		
	名称		
	療養期間		
転医後の 医療機関	所在地		
	名称		
	療養期間		
転医の理由			

上記のとおり転医させた(する)ことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

名称

医師名

※ 医師の証明欄は、医師の指示により転医した(する)場合にのみ記入すること。