

転 医 申 立 書

認定番号		
地方公務員災害補償基金 山 口 県 支 部 長 殿		年 月 日
住所		氏名 (印)
所 属	所在地 名称	
認定傷病名		
現 在 受 診 し て い る 医 療 機 関	所在地	
	名称	
	診療科目	
	受診期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日 間)
転 医 を 希 望 す る 医 療 機 関	所在地	
	名称	
	診療科目	
	転医希望年月日	年 月 日
転医を希望する理由 (医療上の理由であれば医師が、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。)		
※通院上の理由による転医の場合は、以下の「医師の証明」は不要です※		
医 師 の 証 明	上記理由により、 へ転医させたことを証明する。 年 月 日 所在地 医療機関の 名称 担当医 (印)	

注) 1 医師の指示等、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の対象外となります。
 2 医師の証明欄は医師の指示により転医するときのみ証明を受けてください。