

転 医 届		認定番号	～
被災職員	所 属 ・ 所 在 地		
	住 所 ・ 氏 名		
	傷 病 名		
現在受診 している 診療機関	所 在 地		
	名 称		
	療 養 期 間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間
転院先の 診療機関	所 在 地		
	名 称		
	転 医 年 月 日	平成 年 月 日 から	
医 師 の 証 明	転 医 の 理 由		
	上記理由により へ転院させたことを証明します。 平成 年 月 日 診療機関の { 所 在 地 名 称 担当医師 ⑩		
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 平成 年 月 日 被災職員氏名 ⑩			

注 1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。
2 転医先の診断で、傷病名が異なるときは、速やかに所属担当者に連絡すること。