

# 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	年 月 日から	年 月 日まで	日間
転医先の 診療機関	所在地			
	名称			
	転医年月日	年 月 日 から		
医師の 証明	転医の理由	<p>以下の該当する転医理由の番号に○をしてください。</p> <p>1 自宅に近いため</p> <p>2 勤務先に近いため</p> <p>3 医療（療養）上必要と認めたため</p> <p>4 その他（4を選択した場合は、理由を記載してください。）</p>		
	<p>上記理由により「転医先の診療機関」へ転医させたことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">診療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">{</span> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <span>所在地</span> <span>名称</span> <span>担当医師</span> </div> </div> <p style="text-align: right;">（自署又は押印）</p>			
<p>上記のとおり届出いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日                      被災職員氏名</p> <p style="text-align: right;">（自署又は押印）</p>				

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。