|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 以下の該当する転医理由の番号に〇をしてください。    １　自宅に近いため  　２　勤務先に近いため  　３　医療（療養）上必要と認めたため    　４　その他（４を選択した場合は、理由を記載してください。） | | | |
| 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。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　診療機関の　 　名称  　　　　　　　　　　　　　 担当医師  　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自署又は押印） | | | | |
| 上記のとおり届出いたします。  　　　　　　　　年　　月　　日　　　　被災職員氏名  （自署又は押印） | | | | | |

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。

都支部様式第45号