|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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