

【記 載 例】

別記群地基様式第13号の2

転 医 届 出 書		認定番号	03-xxxxxx
勤務先所在地	富岡市〇〇町XXX-X (△△合同庁舎)		
現 住 所	富岡市〇〇町XX		
災害発生場所	高崎市〇〇町XXXX-XX (△△多目的ホール内)		
被災年月日	令和 〇年 〇月 〇〇日		
認定傷病名	左アキレス腱断裂		
現在受診している医療機関等	名 称	A 医院	
	所在地	高崎市〇〇町	診療科目 整形外科
	受診期間	令和 〇年 〇月〇〇日 から 令和 〇年 〇月〇〇日まで	
転 医 を希望する医療機関等	名 称	B 医院	
	所在地	富岡市〇〇町	診療科目 整形外科
	転医希望年月日	令和 〇年 〇月〇〇日 から	
転医を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 医療上の必要（医師の指示）による転医 （ 医師から指示・説明を受けた内容を具体的に記載 ） <input type="checkbox"/> 自宅からの通院に便利な医療機関への転医 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先からの通院に便利な医療機関への転医 （ 理由 出張先で負傷し、最寄りの医療機関（A医院）を受診したため、その後も同医院で治療を行っていたが、今後の治療は勤務終了後に通いやすいB医院で行いたいため。 ） <input type="checkbox"/> その他 （ 理由 ）		
地方公務員災害補償基金群馬県支部長 様 上記のとおり転医したいので届け出ます。 <div style="text-align: right;">令和 〇年 〇月 〇〇日</div> <div style="margin-left: 200px;"> 被災職員 { 所属団体 <u>〇〇部〇〇地域事務所</u> 所属部局 <u>主任</u> 氏 名 <u>群馬 県七郎</u> </div>			

※ 転医を希望する場合は、あらかじめ本書を提出してください。自己の判断による転医や重複診療は、原則として必要な療養とは認められず、療養補償を受けられない場合があります。

※ 公務（通勤）災害認定請求時に医療上又は業務上の必要から既に転医しており、認定請求書にその転医理由が記載されている場合については、提出の必要はありません。