支部様式第６号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転医届 | | | | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金長崎県支部長　殿  下記のとおり転医したいのでお届けいたします。 | | | 届出年月日　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 住所  氏名 | | |
| 所属部局・職名 |  | | | | |
| 所属所在地 |  | | | | |
| 災害発生年月日 | 前  　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　午 　　　　時　　　　分ごろ  後 | | | | |
| 傷病名 |  | | | | |
| 現在受診している  医療機関 | 所　在　地 |  | | | |
| 名　　　称 |  | | | |
| 療養期間 | 年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日間 | | | |
| 転医する医療機関 | 所　在　地 |  | | | |
| 名　　　称 |  | | | |
| 転医年月日 | 年　　　月　　　日 | | | |
| （ 転医の理由） | | | | | |

〔注〕年月日の記載には元号を用いること。