

4 転 医

自己都合による重複診療やたび重なる転医は認められません。

診療を受ける医療機関は、被災職員が自由に選択して差支えありませんが、応急手当の場合を除いて、原則として療養に都合のよい自宅又は勤務場所の近くで、かつ、その傷病に対する専門の医療機関が適当と考えられます。

なお、医療機関を理由なくたびたび変更したり、同時に何か所もの医療機関で受診（重複診療）したりすることは、必要な治療とみなされず、治療費等が自己負担となることがあります。

転医については、次の場合のように医学上又は社会通念上の妥当性を有することが必要です。

- (1) 発生場所の最寄りの医療機関で応急手当を受けたあと、療養に適した専門医療機関へ転医する場合
- (2) 入院加療を受けていた医療機関から、傷病の経過上、勤務先又は自宅からの通院に便利な医療機関へ転医する場合
- (3) 現在治療を担当している医師が医療技術、施設等の問題から、他の専門医療機関を紹介し、転医させる場合

転医をされる場合には、あらかじめ転医届 255ページ を所属・任命権者を經由して基金支部へ提出してください。

医師の指示による転医は、主治医の証明が必要ですが、それ以外の場合は不要です。

[転医届の記載例]

支部様式第6号

転 医 届		認定 番号 11-00/000
地方公務員災害補償基金長崎県支部長 殿		届出年月日 平成 12年 2月 1日
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。		住所 〇〇市〇〇町〇〇番地 氏名 長崎 太郎 
所属部局・職名	〇〇市〇〇部〇〇課・主事	
所属所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地	
災害発生年月日	平成 11年 12月 22日 前 午 後 11時 10分ごろ	
傷病名	頭部外傷	
現在受診している 医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇番〇号
	名称	〇〇医院
	療養期間	平成 11年 12月 22日～平成 12年 2月 / 日間
転医する医療機関	所在地	〇〇市〇〇町〇番〇号
	名称	〇〇病院
	転医年月日	平成 12年 2月 2日
転医の理由	自宅に迎いたの	
上記理由により 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇医院 〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇病院 〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇病院 平成 年 月 日 へ転医させたことを証明する。 所在地 医療機関の 名称 担当医師 		

[注] 医療機関の証明欄は、医療の指示により転医するときのみ証明を受けること。