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。