

# 転 医 届

年 月 日

地方公務員災害補償基金  
大阪府支部長 様

認定番号 \_\_\_\_\_

所属団体 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

次のとおり転医いたしましたので報告します。

転医先医療機関	医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 主治医名 _____
従前の医療機関	医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 主治医名 _____
転 医 日	年 月 日
転 医 理 由	以下の該当する項目に○を記入してください。 「(4)その他」に○を記入した場合は、具体的な理由を 記入してください。(別添でも可) (1) 自宅に近い (2) 勤務先に近い (3) 主治医の紹介があったため (4) その他 (理由)

(注) 転医理由は必要に応じて余白などに具体的に記入してください。

なお、医療上又は勤務上必要な場合は原則認められますが、自己都合による転医や重複診療（主治医の指示によらず、別の医療機関にも通院するような場合等）は認められません。

また、転医理由が不明確な場合等、転医理由を医療機関に確認する場合があります。