支部様式第９号

**転　医　申　出　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 認定  番号 |  |
| 年　　月　　日  　　地方公務員災害補償基金京都府支部長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　属  　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名  　　下記のとおり転医の申出をします。 | | | | |
|  | |  | | |
|  | |  | | |
|  | | 被災年月日　　　　年　月　日 | | |
| 現在受診  している  医療機関 |  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで　　日間 | | |
| 希望する  医療機関 |  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
| 転医年月日 | 年　　月　　日 | | |
|  | |  | | |
|  | | 年　　月　　日　　所　　属  　職・氏名 | | |

　　(注)　合理的な理由のない転医や重複診療の場合は、補償の対象になりません。