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。