支部様式１４

転　　医　　届

令和　〇〇年　７月　２１日

下記のとおり医師の指示により転医したいので届けます。（医師の指示によらない転医の場合は、この様式ではなく、受診医療機関報告書兼転医届（支部様式２５）で届けてください。）

被災職員氏名　　山県　忠

□認定番号　　－ ■認定請求中		所 属 名　〇〇市企画部企画課
災害発生日　令和　〇〇年　７月　２１日		生年月日　昭和　〇〇年　８月　３日
（旧）転医元医療機関	名　　称	高松病院
	療養期間	令和　〇〇年　７月　２１日から　令和　〇〇年　７月　２１日 年　月　日から　年　月　日
（新）転医先医療機関	名　　称	吉本整形外科
	転 医 日	令和　〇〇年　７月　２１日

医師の指示による転医であることの医師証明欄

転医を必要とした医療上の理由

緊急に外科的措置が必要で、整形外科の受診を指示した。

上記のとおり転医させたことを証明します

令和　〇〇年　７月２１日

所在地　〇〇市〇〇町〇〇番地

医療機関（転医元）

名　称　高松医院

医師名　高松　長次郎

※　MRI 検査のみの一時的な転医についても、この届により届けてください。なお、その場合、MRI 検査の指示を行った医療機関のみの証明で結構です。（ＭＲＩ検査機関の証明は不要です。）