

転 医 申 立 書

		認定番号	〇〇-〇〇
傷 病 名	右下腿骨骨折	被 災 年 月 日	〇〇年9月 1 1 日
受診している (していた) 医 療 機 関	郡山医院	入 院	〇〇.9.11~〇〇.9.30
		通 院	~
		入 院	~
		通 院	~
転医する(した) 医 療 機 関	福島県立医科大学附属病院	入 院	〇〇.10.1~
		通 院	~
(転医の理由)			
<p>受傷後、上記医院で治療を行ったが、精密検査をする必要があるため、上記医療機関に転医するよう主治医から指示があったもの。</p>			
(合理的な転医例)			
<p>① 災害のあった場所の最寄りの医療機関で応急手当を受けたあと、療養に適した医療機関に転医する場合</p> <p>② 療養の経過上から、勤務先又は自宅から通院に便利な医療機関に転医する場合</p> <p>③ 療養に必要な医療設備がないため、他の医療設備のある医療機関に転医することを医師が認めた場合</p>			
上記のとおり申立てます。			
令和〇年〇〇月〇〇日			
福島県市町村総合事務組合管理者様			
所属・職名 〇〇町〇〇課〇〇係			
(被災職員) 臨時事務補助員			
氏 名 福 島 太 郎			

◎ この申立書は、あなたの所属の公務災害事務担当者に提出してください。