

医療機関の変更届

既に公務上又は通勤該当の災害として認定を受けている場合は、認定通知書に記載されている認定番号を記入してください。
まだ認定番号が通知されていない場合は空欄のまま提出いただいて構いません。

			認定番号	〇〇 - 〇〇〇〇〇〇
地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様 下記のとおり医療機関を変更したいので お届けします。			届出年月日	〇 年 〇 月 〇 日
			届出者の住所 〇〇県〇〇市〇〇番地	
			氏 名 〇〇 〇〇	
被災職員	所属団体	地方公共団体名 (任命権者ごと)	職 名	〇〇
	所属部局	部局課名・事業所名 学校名・警察署名 等	氏 名	〇〇 〇〇
医療機関変更年月日			〇 年 〇 月 〇 日	
療養を受けようとする医療機関	新	住 所	〇〇県〇〇市〇〇4 5 6	
		名 称	〇〇整形外科	
	旧	住 所	〇〇県〇〇市〇〇1 2 3	
		名 称	〇〇病院	
変更の理由（具体的に）	被災当日の〇年〇月〇日、〇〇病院に搬送後、即日〇〇に係る手術を行った。 その後、同月〇〇日の受診の際、主治医に以降のリハビリについては〇〇整形外科において行うよう指示を受け、紹介状を書いてもらい転医することとなった。 検査のみの場合（受診医療機関にMRIがなく、当該設備のある医療機関を1度だけ受診した等）であっても、受診医療機関が複数ある場合は提出してください。 また、認定後において医療機関を変更することとなった場合も、その都度本様式を基金に提出してください。			