支部様式第18号

医 療 機 関 の 変 更 届 書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | |  | | | | － |  | | |
| 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 | | | | |  |  | | | 年 | |  | 月 |  | 日 | |
| 届出者の住所 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |  |
| 被災職員 | 所属団体 | | |  | | | 職　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 所属部局 | | |  | | | 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 医 療 機 関 変 更 年 月 日 | | | | |  |  | |  | 年 | |  | | | 月 | | |  | | | 日 | | |
| 療養を受けよう  とする医療機関 | | | 新 | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 旧 | 住　所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変　更　の　理　由　（　具　体　的　に　） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |