

医療機関の変更届

(記載例)

認定番号 2018 - 〇〇〇〇

平成 30 年 〇 月 〇 日

地方公務員災害補償基金高知県支部長 様

被災職員の住所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 土佐 太郎

土佐 印

療養を受ける医療機関を下記のとおり変更したいので届け出ます。

被災職員	氏名	土佐 太郎	生年月日	昭和 53 年 4 月 10 日
	傷病名	右アキレス腱断裂		
変更日	平成 30 年 〇 月 〇 日			
変更後の医療機関	所在地	〇〇市〇〇町	共済組合員証の使用の有無	
	名称	〇〇病院	(有・無)	
変更前の医療機関	所在地	△△市△△町	共済組合員証の使用の有無	
	名称	△△病院	(有・無)	
変更の理由 (具体的に記入してください)	被災当日から△△病院に入院し、治療を受けていたが、退院後は、勤務場所に近く、通院に便利な〇〇病院で受診したいため、届け出ます。 又は (変更前の医療機関の医師が療養上の理由を記入します。) (この場合は、下記の証明がいります。)			
※ 上記のとおり証明します。 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 名称</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>				

- 注 1 医療機関を変更したい場合に提出してください。
- 2 ※ 医療機関の指示による変更の場合のみ、変更前の医療機関で証明を受けてください。勤務上の必要による場合、証明はいりません。