地基山形様式第１０号

転　医　報　告　書

　　　　年　　月　　日

　地方公務員災害補償基金山形県支部長　殿

|  |  |
| --- | --- |
|  | － |
| 被災時団体・所属 |  |
|  |  |
|  |  |
|  | （　　　　） |

下記の理由により医療機関を変更しましたので報告します。

記

　１　医療機関名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 旧 | 住　　所 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 電　　話 | （　　　　） |
| 診療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 新 | 住　　所 | 〒 |
| 名　　称 |  |
| 電　　話 | （　　　　） |
| 診療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

　２　転医の理由

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |