医　療　機　関　の　変　更　届　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
| 地方公務員災害補償基金 岡山県支部長　殿 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　　　　　　　　　 　　印  |
| 被災職員 | 所属団体 |  | 所属部局 |  |
| 氏　　名 |  | 職　　名 |  |
| 医療機関変更年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 変更の理由 |  |
| 療 と養 すを る受 医け 療よ 機う 関 | 新 | 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 旧 | 住　所 |  |
| 名　称 |  |
|  上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　　　　年　　　月　　　日  　 医療機関の 名　　称 担当医師 　　　　印※　本欄は、医療機関の指示により変更する場合についてのみ、変更前の医療機関の担当医師に証明を受けてください。 |