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。 | | | | | | | | | | |