

## 医療機関の変更届書

		認定番号	19-123456			
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	令和元年 8月24日			
		届出者の住所	〇〇市〇〇区〇〇123			
		氏名	〇〇 〇〇 印			
被災職員	所属団体	〇〇市		所属部局	〇〇市教育委員会〇〇課	
	氏名	岡山 太郎		職名	係長	
医療機関変更年月日			令和元年 7月 23日			
変更の理由	手術後のリハビリを自宅近くの病院で行いたいため。					
療養を受ける医療機関	新	住所	△△市△△1234			
		名称	△△病院			
	旧	住所	××市××5678			
		名称	××病院			
上記のとおり相違ないことを証明します。 令和元年 8月 2日 所在地 ××市××5678 医療機関の名称 ××病院 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。						