平成　　年　　月　　日

地方公務員災害補償基金
大　阪　市　支　部　長　様

所　属
氏　名　　印

転　　医　　届

下記のとおり転医いたしますのでお届けします。

１．転医先

転 医 年 月 日　　平成　　年　　月　　日
医 療 機 関 名
医療機関所在地
医療機関連絡先
傷　　病　　名

２．転医理由