



記入例：転医届

支部様式第27号

転 医 届

認定番号		09-100001	
平成 22 年 1 月 15 日			
地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様			
届出者の住所		熊本市中央区水前寺丁目0-00	
氏 名		熊本 花子 	
下記のとおり転医したいので報告します。			
所 属 団 体 部 局	総務部人事課	所 在 地	熊本市中央区水前寺丁目18-1
災 害 発 生 年 月 日	平成22年1月9日	傷 病 名	右膝切創
現 在 受 診 し て い る 医 療 機 関	所 在 地	熊本市中央区水前寺丁目18番2号	
	名 称	熊本病院	
	療 養 期 間	平成22年1月9日 から 平成22年1月13日まで 5日間	
転 医 (精 密 検 査 等) し る 医 療 機 関	所 在 地	熊本市中央区水前寺公園〇-〇-〇	
	名 称	〇〇〇〇病院	
	転 医 年 月 日	平成22年1月14日	
転 医 (精 密 検 査 等) の 理 由	専門的な治療が必要なため。		
*医師の指示により転医(精密検査等)した場合には、下欄に医師の証明が必要			
医 療 機 関 の 証 明	上記理由のとおり転医(精密検査等)が必要であることを証明します。		
	平成 22 年 1 月 14 日		
	医療機関	所在地	熊本市中央区水前寺丁目18-2
	名称	熊本病院	
	医師の氏名	院長 熊本 太郎 	

転医前の
医療機関



転医後の
医療機関

医師の指示で転医する場合のみ、
転医前の医療機関による証明が必要です。

記入例：治ゆ報告書

支部様式第29号

治 ゆ 報 告 書

認定番号		09-100001	
平成 22 年 1 月 21 日			
地方公務員災害補償基金熊本県支部長 様			
報告者の住所		熊本市中央区水前寺丁目0-00	
氏 名		熊本 花子 	
下記のとおり治ゆしましたので報告します。			
所 属 団 体 部 局	総務部人事課		
被 災 職 員 職 氏 名	主 事 熊本 花子		
災 害 発 生 の 日 時	平成22年1月9日		
災 害 発 生 の 場 所			
傷 病 名 ・ 部 位	右膝切創		
治 ゆ 年 月 日 (症 状 の 固 定 を 含 む)	平成 22 年 1 月 20 日		
障 害 の 有 無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>		
障 害 の 程 度 (障 害 有 り の 場 合 に で き る だ け 具 体 的 に 記 入 し て く だ さ い 。)			
医 療 機 関 名	〇〇〇〇病院		
そ の 他 の 参 考 事 項			
上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 22 年 1 月 21 日			
所属部局の長の職氏名		人事課長 〇〇 〇〇 	

- (注) 1 「治ゆ」とは、完全治ゆのみではなく、もはや症状が固定の状態になったものも含まれます。また、「急性症状のみ公務上・通勤災害該当」と認定された場合は、急性症状が消滅した場合を含みます。
- 2 同一の事故により生じた傷病が2以上あるときは、その全部が治ゆした場合に報告してください。
- 3 障害の有無の欄は、傷病が治ったとき(症状の固定を含む)、地方公務員災害補償法施行規則別表に定める程度の障害があるかないかについて記入すること。