支部様式第18号

医 療 機 関 の 変 更 届 書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  | － |  |
| 　地方公務員災害補償基金千葉県支部長　様　　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 |  |
|  |  |  |
| 被災職員 | 所属団体 |  | 職　　名 |  |
| 所属部局 |  | 氏　　名 |  |
| 医 療 機 関 変 更 年 月 日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 療養を受けようとする医療機関 | 新 | 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 旧 | 住　所 |  |
| 名　称 |  |
| 変　更　の　理　由　（　具　体　的　に　） |  |