

移送費に係る意見書

被保険者証 記号番号	料 一	移送を受けた 被保険者	氏 名			
			生年月日	年	月	日
				性別	男・女	
傷病名及び発症(負傷)年月日		傷 病 名				
		発症(負傷)年月日	年	月	日	
移送を必要とする 医師又は 歯科医師の 意見	移送経路	から まで ()km				
	移送方法		移送年月日	年	月	日
	移送回数	回	費用見積額	円		
	付添人があった場合その理由					
					
	移送を必要とする理由(転医については、転医先を決めた理由も記入願います。)					
					
					
上記のとおり相違ないことを証明します。						
年 月 日						
医療機関の所在地 _____						
医療機関の名称 _____						
医師又は歯科医師名 _____ ⑩ 電話 () _____						

備考

- 1.この意見書は、「移送費支給申請書」に添付して下さい。
- 2.数字又は文字を訂正する場合は、間違った箇所に印(担当医師印)を押して訂正して下さい。