

移送を必要とする意見書

平成 年 月分

保険者番号								
被保険者番号								
被保険者	氏名				生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住所							
傷病名					発病・負傷年月日	年 月 日		
傷病の原因								
保険医の意見	移送を必要と認めた理由							
	付添いを必要と認めた理由							
	移送経路及び移送方法							
	移送年月日	平成 年 月 日						
	移送回数							
移送に要した費用額		円						
備考								

付添人	氏名						
	住所						

上記のとおり、移送が必要であると認めます。

平成 年 月 日

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

保険医療機関 所在地
名称
保険医氏名 印
連絡先

(注意事項)

- ①移送経路及び移送方法欄については、移送区間、距離、方法等を詳細に記入してください。
- ②付添人とは、医師及び看護師のことで、家族等が付き添っても付添人とはなりません。