

移送を必要とする意見書

移送を受けた 被保険者名		生年月日	昭・平・令 年 月 日
傷病名		発病又は負傷の年月日	年 月 日
発病又は負傷の原因			
移送前の医療機関 入退院年月日	入院	年 月 日	退院 年 月 日
移送先 医療機関等		移送年月日	年 月 日
移送経路			
移送方法		移送に要した費用の額	円
付添人	要 ・ 不要		
付添人住所			
付添人氏名			

症状の詳細および移送を必要と認めた理由(付添人のあるときには、付添を必要と認めた理由)

* 国民健康保険移送費を支給するに足る理由が症状・経過の詳細とともに記入されていることが必要です。

上記のとおり移送の必要を認めます。

年 月 日

所在地・電話番号

医療機関名

医師又は歯科医師氏名

(注意事項)

症状の詳細及び移送の必要があると認めた理由(付添人が必要なときは、付添いの必要があると認めた理由)は、できるだけ詳しく記入してください。