

移送を必要とする意見書

傷病名	
傷病経過の概要	
移送経路及び移送方法	
移送年月日及び移送回数	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで () 回
移送を必要と認める理由	
移送に要する費用額	円
備考	
<p>上に掲げる理由で上に掲げる移送が必要であると認めます。</p> <p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>保険医療機関の 所在地及び名称</p> <p style="text-align: right;">開設者氏名 印</p> <p style="text-align: right;">保険医氏名 印</p>	

(医師への注意事項)

1. 傷病経過の概要欄の記入にあたっては、移送料の支給要否の判断に必要な事項を詳細に記入してください。
2. 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。