

移 送 承 認 申 請 書

次の者について、以下の医師の意見書のとおり移送を必要とするので承認してください。

世帯主が記入	被保険者の記号番号		被保険者の氏名 性別・生年月日	(男・女) 年 月 日生
	住所		世帯主の氏名	
			個人番号	

移送を必要とする医師の意見書

医師が記入するところ	患者氏名	
	個人番号	
	傷病名	
	発病又は負傷年月日	年 月 日
	病状	
	移送区間 (医療機関名まで)	から
		まで
	移送の方法及び回数	(回)
	移送の日	年 月 日
	移送に要した費用額	円
	移送を必要とする理由 (できるだけ詳しく)	
	上記のとおり移送を要するものと認めます。	
令和 年 月 日		
保険医療機関の 所在地及び名称 保 険 医 師 名		