

# 意見書

移送を受ける 被保険者氏名		生年月日	昭・平・令	年	月	日
傷病名		発症または 負傷年月日		年	月	日
症状詳記欄※詳しく具体的に記入してください。						
-----						
-----						
-----						
移送年月日	年 月 日					
移送元	所在地 名称					
移送先医療機関	所在地 名称					
移送経路						
移送方法						
移送を必要と認めた理由（付き添いがあったときは、併せて付き添いが必要と認めた理由） ※詳しく具体的に記入してください。						
-----						
-----						
-----						
-----						
上記のとおり移送の必要を認めます。						
年 月 日						
保健医療機関 所在地 名称 電話番号 医師または歯科医師の氏名						

この意見書は保険医療機関及び保健医療担当規則第6条によるものです。