

移送を必要とする意見書

年 月 日

豊橋市長様

保険医療機関の  
住所及び名称

開設者氏名  
保険医氏名

下記のとおり、被保険者は移送を必要と認めます。

記

被保険者証番号		
移送を受ける被 保険者の氏名 及び生年月日	フリガナ	
	年 月 日	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日	年 月 日	
移送を必要と認めた理 由(付添いがあったとき は、併せてその付添いを 必要と認めた理由)		
移 送 区 間		
移 送 経 路		
移送方法及び回数		
移 送 年 月 日	年 月 日 ~	年 月 日