

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 (印)

保険医氏名 (印)

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	性 別	男 ・ 女
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		