

様式第9号の2（第14条関係）

移送を必要とする医師の意見書

被保険者記号・番号				
移送を受けた 被保険者	住 所			
	氏 名			
	生年月日			
発病又は負傷の年月日	年 月 日	移送の 年月日	年 月 日	
発病及びその原因				
移送区間 (医療機関名)				
移送方法 移送経路				
付添人氏名 (医師・看護師)				
付添人住所				
移送を必要とする理由	傷病名			
	傷病の現症			
	移送及び付添いを必要とした理由			
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関の 所在地及び名称 (電話番号)</p> <p>医師氏名</p> <p>八百津町長 様</p>				