

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

被保険者証の記号番号					
保険種別		一般 ・ 退職本人 ・ 退職家族			
移送を受けた被保険者	住所				
	氏名				
	生年月日		性別	男・女	
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				
上記のとおり移送の必要を認めます。					
<p style="text-align: center;">年 月 日 保険医療機関の 所在地及び名称 (電話番号)</p>					
<p style="text-align: center;">医師氏名 ㊟ 八百津町長 様</p>					