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。  年　　月　　日  　　　　　　　保険医療機関の  　　　　　　　所在地及び名称  　　　　　　　（電話番号）  　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞  　八百津町長　様 | | | | | | |