

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> | | | | | |