

移送費支給に伴う医師又は歯科医師の意見書

保険者番号		被保険者番号		性別	男・女
被保険者氏名		生年月日	明 大 昭	治 正 和	年 月 日
傷病名 及び その原因			診断年月日	年 月 日	
			移送年月日	年 月 日	
移送方法					
移送経路					
移送を必要と認めた理由					

上記のとおりに移送を必要と認めたことに相違ありません。

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

医療機関の名称

\_\_\_\_\_

所在地

\_\_\_\_\_

医師名

\_\_\_\_\_

⑩