

移送を必要とする医師または歯科医師の意見書

患者氏名	
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
傷病名	
移送を必要と認めた理由 (症状等を入れて、具体的に記入してください)	
付添を必要と認めた理由	
移送経路	
移送方法	
移送年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
医師の氏名	
連絡先電話	()

移送費支給申請書の「医師・歯科医師記入欄」に証明がある場合はこの意見書は必要ありません。

千葉県食品製造健康保険組合