

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 | |
| 被保険者氏名 | 生年月日 | 明 大 昭 | 治 正 和 |
| 傷病名 及び その原因 | 診断年月日 | 年 | 月 |
| | 移送年月日 | 年 | 月 |
| 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。

平成 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
