

# 移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

移送費申請用

常務理事	事務長	課長	担当者

みづほ健康保険組合

患者の氏名	フリガナ	生年月日						
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日			
傷病名								
移送を必要とする理由 症状その他具体的に 記入してください。また、 付添人が必要な場合は、 その人数とその必要な理由を併記してください。								
移送の方法・ 区間・回数								
移送年月日	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで

上記のとおり移送の必要を認めます。

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  
 電話

受付印