

### 移送費支給に伴う医師の意見書

記号・番号	記号		番号	
移送を受けた被保険者の 氏名・生年月日・性別	氏名		性別	
	生年月日			
傷病名およびその原因			診断年月日	
			移送年月日	
移送経路と方法				
移送（移植及び移送）を必要と認めた理由				

上記のとおり、移送を必要と認めたことに相違ありません。

年 月 日

医療機関の名称

\_\_\_\_\_

所在地

\_\_\_\_\_

医師名

\_\_\_\_\_