

移送費支給に伴う医師又は歯科医師の意見書

		被保険者記号番号	
被保険者氏名		生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
発病又は負傷の 年月日	年 月 日	移送年月日	年 月 日
傷病名及び その原因			
移送方法			
移送先医療機関			
移送経路			
移送を必要と認めた理由			
付添い人(医師・看護師)を必要とする理由			
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。 (宛先) 西尾市長 令和 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名			

