

国民健康保険 移送を必要とする意見書

被保険者氏名		生年月日	
住 所			性別
傷病名			
入院期間	年 月 日 ~		年 月 日
移送を必要と認めた理由			
付添いがあった場合、その付添い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

上記のとおり移送が必要であることを認めます。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

保険医氏名

印