

派遣・搬送を必要とする医師意見書

※ 骨髄移植・臍帯血移植・同種腎移植に係る、医師の派遣・搬送料として療養費・家族療養費を請求する場合に添付してください。

該当者の	健康保険被保険者証		氏名
	記号	番号	
傷病名		搬送年月日	令和 年 月 日
搬送の区間	から まで(往復 ・ 片道) (搬送した距離 片道 約 Km)		
搬送の手段	新幹線・電車・車・その他()を利用		
合計金額	円 (*内訳書は別紙添付)		
搬送を必要と認めた理由			
医師の派遣 があった場合	派遣された医師の氏名		
	医療機関の 名称及び所 在地	(名称)	
		(所在地)	
入院した場 合	入院期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
	医療機関の 名称及び所 在地	(名称)	
		(所在地)	
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日			
医療機関所在地			
TEL ()			
医療機関名			
医師氏名			

- 1 この書類は、医師に記入していただいでください。
- 2 派遣・搬送に要した費用を確認できる書類を添付してください。
- 3 療養費または家族療養費として請求していただきますが、支給額は移送費の算定方法に準じます。
- 4 記入内容を訂正される場合は、医師氏名印を訂正印として押してください。