

移送費支給に伴う医師又は歯科医師の意見書

保険者番号								被保険者番号									
被保険者氏名							生年月日	明 大 昭	治 正 和	年	月	日					
傷病名 及び その原因								診断年月日		年	月						
								移送年月日		年	月						
移送方法																	
移送経路																	
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。

令和 年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

医療機関の名称 _____

所在地 _____

医師名 _____