

# 意見書 (移植搬送費)

患者	住所	日向市		
	氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
傷病名				
傷病の 原因				
発病又は負傷 年 月 日	年 月 日			
搬送を必要と 認めた理由				
搬送経路	から まで			
搬送方法				
搬送年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
付添人	必要と 認め た理 由			
	住所			
	氏名			

上記の理由で搬送の必要を認めます。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

保険医氏名