

派遣・搬送を必要とする意見書

*** 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。**

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者	氏 名			被保険者証 記号番号	
			-			
移 植 を 受 け た 者	氏 名	氏 名			性 別	
	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日		続 柄	
傷 病 名 及 び 傷 病 ま た は 負 傷 の 原 因	(傷病名)		派遣・搬送に 要した費用		円	
	(原 因)					
医 師 の 意 見 書	派遣・搬送を 必要とする理由					
	派遣・搬送の 方法及び経路					
	派遣・搬送の 年 月 日		令和 年 月 日			
	医 師 の 派 遣 が あ っ た 場 合	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)			
上記のとおり認めます。						
令和 年 月 日						
医療機関名						
医 師						
氏 名						
⑩						

- 1 「医師の意見書」欄は、医師に記入していただきます。
- 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。