

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			性 別
		生 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	続 柄
入 欄	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
		(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					

- 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。