

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	記号番号		
			—		
	移 植 を 受 け た 者	氏 名	性 別	男 ・ 女	
		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				

【留意事項】

- 「医師の意見書」欄は、医師に記入していただきます。
- 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。
- 骨髄移植・臍帯血移植・同種腎移植に係る医師の派遣に要した費用・搬送に要した費用については、移送費の算定方法に準じて支給します。
- 訂正したところは、各記入者の訂正印を押してください。