

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。**

組 合 員 記 入 欄	組 合 員	氏 名			組合員証記号番号	
					—	
	移植を受けた者	氏 名			性 別	男 ・ 女
		生 年 月 日	昭和 平成	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		平成 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	平成 年 月 日から平成 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。						
平成 年 月 日						
医療機関名						
医師						
氏 名						
(印)						

- 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。

【 留意事項 】

- 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。
- 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。
- 添付書類
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。