

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		○○県の○○病院から○○県の○○病院までヘリコプターにて			
医 師 の 意 見 書	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ってください。
- 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。