

意見書

被保険者番号									-									組合員 ・ 家族
移送を受けた被保険者氏名								性別	男・女	生年月日	昭和 平成 令和							年 月 日
傷病名及び発病年月日 (負傷年月日)	令和 年 月 日																	
移送区間	~ (km)																	
移送方法										移 送 年 月 日								令和 年 月 日
移送回数										回	費 用 見 積 額							円
付添人を必要とした理由																		

入院治療又は転医の理由（転医については、転医先を決めた理由も記入願います。）																		

令和 年 月 日 診断																		
医療機関の所在地																		
医療機関名称																		
医師氏名 印																		