

意見書

被保険者証	記号		番号		組合員・家族
氏名	(男・女)				
生年月日	昭和・平成 年 月 日				
傷病名及び発病年月日					
(負傷年月日)		平成 年 月 日			
移送を必要とする医師 又は歯科医師の意見	移送区間	～ (km)			
	移送方法		移送年月日	平成 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。)					

平成 年 月 日 診断					
医療機関の所在地					
医療機関名称					
医師又は歯科医氏名				印	