

移送を必要とする医師の意見書

療養者氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		発病（負傷） 年 月 日	令和 年 月 日
入院期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
移送を必要と認めた理由（付添いがあった場合は、併せて付添いを必要と認めた理由）			
移送年月日	令和 年 月 日		
移送の方法			
移送の経路			
<p>上記に掲げる理由により、移送が必要であったと認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p> <p style="text-align: center;">主治医氏名</p>			

〔注意事項〕

1. 「移送を必要と認めた理由」欄は、下記2の状況がわかるように具体的に記入してください。
2. 支給対象は、移動困難な患者であり、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合等です。

提出先 公立学校共済組合東京支部給付貸付課短期給付担当

(令和8年1月)