

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

| | |
|--|--|
| ⑱ 患者氏名 | |
| ⑲ 傷病名 | |
| ⑳ 移送を必要とする理由 〔症状、その他 具体的に記入 してください。〕 | |
| ㉑ 移送の方法 区間・回数 | |
| ㉒ 上記のとおり移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: center;">住所</div> 医師の <div style="text-align: center;">氏名</div> <div style="text-align: center;">電話 () 番</div> | |

(医師への注意事項)

数字または、文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。
訂正箇所のそばに、必ず訂正署名をしてください。(訂正印の押印でも可)

【記入上の注意】

1. この申請(届)書は、歩行困難な患者を他の場所に移送するとき、東京都報道事業健康保険組合へ提出し、移送にかかった費用の払戻しをうけるため承認をうけるものです。
急性の傷病のため、この書類を出す前に、移送を行わなければならないときは、移送してからすぐに(1日か2日のうちに)この書類を提出してください。
2. 標題の「被保険者」および「家族」の文字は、いずれか該当する方の文字をマルで囲んで下さい。
3. 標題の「被保険者」の文字をマルで囲んだときは、⑥欄に「該当せず」と記入して下さい。
4. 傷病の原因が第三者行為によるものであるときは、別に「第三者行為による傷病届」を作ってこの書類に添付して下さい。
5. 証明書等が外国語で記載されている場合は、翻訳者の住所・氏名を明記した翻訳文を添付して下さい。
6. ※印の欄は、記入しないで下さい。