

後期高齢者医療移送にかかる意見書

保険者番号		被保険者氏名	
被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
傷 病 名	1	発病（負傷）又は診療開始日	
	2	年 月 日	
	3	入院日	
病 状 等 の 状 況	傷病の経過（具体的に）		
	状況及び処置の概要		
	主な検査成績及び手術名とその施行日		年 月 日
	（検査名）	（結果）	
移送を必要と認めた理由			
移送年月日		移送経路	移送方法
平成 年 月 日		～ ～	
上記のとおり移送が必要であることを認めます。			
年 月 日			
愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様			
保険医療機関			
所在地.....			
名 称.....			
保 険 医 名..... (印)			