

## 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)			