

派遣・搬送を必要とする意見書

骨髄移植・臍帯血移植・同種腎移植に係る、医師の派遣・搬送料として療養費・家族療養費を請求する
場合に添付して下さい。

移植を受けた者の氏名		生年月日	S.H 年 月 日	性別	
病 名			移 植 日	平成 年 月 日	
派遣・搬送に要した費用	円	派遣・搬送の年月日		平成 年 月 日	
派遣・搬送を必要とする理由					
派遣・搬送の方法及び経路	搬送方法		区間		
医師の派遣があった場合	医師の氏名				
	医療機関の名称及び所在地				
上記のとおり認めます。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医 師 住 所 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 氏 名 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 10px;"> TEL - - </div>					

本意見書は、医師に記入していただけてください。
派遣・搬送に要した費用を確認できる書類を添付して下さい。