

意見書 (緊急移送に係る移送費)

被保険者	住所	
	氏名	
	生年月日	
傷病名 及び症状		
発症・負傷・ 重篤化等から 移送までの詳し い経過(日時を 含む)		
移送経路及び 移送手段		
緊急の移送が 必要な理由		
移送先を選定 した理由(転院 の場合)		
医療スタッフに よる移送中の 医学的管理を 行った理由		

上記のとおり緊急の移送(医学的管理を含む)を必要と認めます。

平成 年 月 日

保険医療機関名

所在地

電話番号

保険医氏名

印

注1 移送費は、傷病で移動不能な患者が、治療を行うことができる最寄りの医療機関に緊急移送された場合で、移送がやむを得ないと医療保険者が認めたときに支給します。

注2 通院、緊急性のない転院や患者等の都合による転院である場合は、支給しません。