様式第22号(第15条関係)

移送に係る医師又は歯科医師の意見書			
被保険者番号		移送を受けた被保険者氏名	
傷病名		生年月日	年　月　日
		発病又は負傷年月日	年　月　日
移送経路			
移送方法			
移送日時	年　月　日　午前・午後　時　分頃		
移送を必要と認めた理由			
付添いを必要と認めた理由			

上記の理由により、移送を必要と認めます。

年　月　日

保険医療機関名

所在地

保険医名

電話番号　(　　)　—