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ください。

<table>
<tr><td rowspan="4">組合員記入欄</td><td>組合員</td><td>氏名</td><td colspan="2">○○　○○</td><td colspan="2">組合員証記号番号
○○○○－○○○○</td></tr>
<tr><td rowspan="2">移植を受けた者</td><td>氏名</td><td colspan="2">○○　○○</td><td>性別</td><td>(男)・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>(昭和)
平成
令和　○○年　○○月　○○日</td><td>続柄</td><td>○○</td></tr>
<tr><td>傷病名及び傷病または負傷の原因</td><td colspan="2">(傷病名) ○○○○
(原　因) ○○○○○○○○○</td><td>派遣・搬送に要した費用</td><td>○○，○○○　円</td></tr>
<tr><td rowspan="10">医師の意見書</td><td>派遣・搬送を必要とする理由</td><td colspan="4">○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○</td></tr>
<tr><td>派遣・搬送の方法及び経路</td><td colspan="4">○○県の○○病院から○○県の○○病院までヘリコプターにて</td></tr>
<tr><td>派遣・搬送の年月日</td><td colspan="4">令和　○○年　○○月　○○日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">医師の派遣があった場合</td><td>医師の氏名</td><td colspan="3">○○　○○</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">(名　称) ○○○○○○○○○</td></tr>
<tr><td colspan="3">(所在地) ○○○○○○○○○○○○○</td></tr>
<tr><td rowspan="3">入院した場合</td><td>入院期間</td><td colspan="3">令和○○年○○月○○日から 令和○○年○○月○○日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関の名称及び所在地</td><td colspan="3">(名　称) ○○○○○○○○○</td></tr>
<tr><td colspan="3">(所在地) ○○○○○○○○○○○○○</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり認めます。
令和○○年○○月○○日
医療機関名　○○○○○○○○
医師
氏　　名　○○　○○</td></tr>
</table>

1 「医師の意見書」欄は、医師に記入していただいてください。
2 派遣・搬送に要した費用を確認できる書類を添付してください。
3 療養費または家族療養費として請求していただきますが、支給額は移送費の算定方法に準じます。

【 留意事項 】

○ 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ください。

○ 骨髄移植・臍帯血移植・同種腎移植に係る医師の派遣に要した費用・搬送に要した費用については、移送費の算定方法に準じて支給します。

○ 添付書類

派遣・搬送に要した費用を確認できる書類を添付してください。