

移送費支給申請書（医師証明用）

患者氏名			
傷病名			
発病または 負傷の原因	発病または 負傷の年月日	令和	年 月 日
移送を必要と 認めた理由			
付添を必要と 認めた理由			
入院した期間	令和	年	月 日 から 令和
			年 月 日 まで 日
移送の経路及 び方法			
上記の通り相違ないことを証明いたします。		令和	年 月 日
医療機関の名称			
医療機関の所在地			
医師の氏名			
TEL :		※所在地、名称はゴム印を使用してください。	