

(別紙)

## 骨髄、臍帯血等の搬送に関する医師意見書

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所に医師のサインをご記入ください。

該当者の 健康保険	記号	番号	氏名	
傷病名			搬送年月日	令和 年 月 日
搬送の区間	から まで ( 往復・片道 ) (搬送した距離 約 Km)			
搬送の手段	新幹線・電車・車・その他( )を利用			
合計金額	円 (*内訳書は別紙添付)			
搬送を認めた理由				
上記のとおり相違ありません			令和 年 月 日	
医療機関所在地			TEL ( )	
医療機関名				
医師氏名				