

臍帯血および造血幹細胞を必要とする医師または歯科医師の意見書

患 者 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
傷 病 名					
移植をした年月日	年	月	日	搬送に要した 費用	
搬送期間	年	月	日から	年	月 日
搬送方法					
搬送区間	から まで				
搬送を必要とする理由 ※症状等、具体的に 記入してください。					
提供者(ドナー) 採取場所	医療機関、施設名 〔 〕 住所 〔 〕				
採取された日時	年	月	日	・ 午前・午後	時 分頃
上記のとおり、移送が必要であることを認めます。 令和 年 月 日 医 療 機 関 の 所 在 地 医 療 機 関 の 名 称 医 師 の 氏 名 電 話 番 号					

《医療機関関係者の方へ》

- ・療養費支給申請書と併せてご提出ください、なお書面が患者さんの目に触れないようにご対応お願いいたします。
※直接当組合に郵送される場合、一度ご連絡お願いいたします。
- ・必要に応じて追加書類をご依頼させていただく場合がございます。

《添付書類》

- ・ 運搬費内訳書(写)、見積書(写)等