

様式第9号の1(第3条関係)

国民健康保険 [看護] 承認申請書・意見書
移送

年 月 日

宇和島市長 様

世帯主 住 所
氏 名
個人番号

下記の意見により申請いたします。

被 保 険 者 証 記 号 ・ 番 号			世帯主との続柄		国 保 区 分	
被 保 険 者	氏 名			男・女	一 般 退 職 本 人 退 職 扶 養	
	生年月日					
	個人番号					
医師が意見を記入するところ・証明するところ	傷 病 名			診 療 開 始 日	年 月 日	
				入 院 日	年 月 日	
				看 護 開 始 日	年 月 日	
	看護師の付添を必要とする理由及びその期間 (該当番号を○で囲んでください。)	付添を必要とする理由	付添看護の形態		付添を必要と認める期間	
		1 病状が重篤のため	1 1人付		年 月 日から 年 月 日まで	日間
		2 手術のため	1 1人付 (原則2週間まで)		年 月 日から 年 月 日まで	日間
			2 1人付(延長する場合) (下欄に理由が必要)		年 月 日から 年 月 日まで	日間
		3 ア 体位変換又は床上起座が不可又は不能 イ 食事・用便とも要介助	1 2人付(原則)		年 月 日から 年 月 日まで	日間
			2 1人付(特別な場合) (下欄に理由が必要)		年 月 日から 年 月 日まで	日間
	3 3人付		年 月 日から 年 月 日まで	日間		
病状等の状況	1 傷病(年 月 日発病・負傷)の原因及び経過(具体的に)(第三者傷害 有・無)					
	2 体温、脈はく、排尿、便通、食事等の状況及び処置の概要					
	3 主な検査成績及び手術名とその施行日 年 月 日 (検査名) (結果) (手術名)					
付添看護の形態が「1人付(延長する場合)」又は「1人付(特別な場合)」が必要であると認めた理由						
移送を必要とする理由						
移送年月日	移送方法	移送区間	移送回数	移送費用		
年 月 日		~	回	円		
上に掲げる理由で上に掲げる看護・移送が必要であると認めます。 年 月 日 保険医療機関の住所 名称 保険医 氏名 (印)						
決 裁 欄			1 承認します	2 承認しません		
				年 月 日		