

自立支援医療（更生医療）意見書

フリガナ		男・女	T. S. H. R.	年 月 日 生
氏 名				(歳)
住 所				
原 傷 病 名				
現 症				
更生医療の 具体的方針	入院予定日 (R 年 月 日) 手術予定日 (R 年 月 日) 更生医療適用開始予定日 (R 年 月 日)			
治療効果の 見 込 み				
治療見込み 期 間	入院	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (ヶ月)		
	通院	R 年 月 日 ~ R 年 月 日 (ヶ月)		
医療費概算額 (食費・居住費除く)	☐ 別添費用明細表の合計金額のとおり			
上記のとおり診断し別紙により医療費を概算します。				
令和 年 月 日				
指定医療機関名				
科 名				
医師氏名（意見書作成）				
医師氏名（指定医療機関届出）				