

自立支援医療（更生医療）
（期間延長・内容変更）意見書

フリガナ			男・女	T. S. H. R.	年 月 日 生 (歳)		
氏 名							
住 所							
現 症 及 び 治 療 経 過							
変 更 事 項 及 び 事 由	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 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)							