様式第１３号

入院

（表 面）

医療要否意見書

福祉事務所受付日	月　日

ケース番号

※入院	※　継続　（併給）	※受理年月日	年　月　日

（住所）
（カナ）
（令和　年　月　日以降の）（氏名）（昭和　年　月　日生まれ）（　歳）に係る
医療の要否について意見を求めます。

院(所)長様

令和　年　月　日
鶴岡市福祉事務所長

傷病名又は部位	(1) (2) (3)	初診年月日	(1)　年　月　日 (2)　年　月　日 (3)　年　月　日	転帰継続のとき記入	年　月　日		
					治ゆ	死亡	中止
主要症状及び今後の診療見込	（今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。）						

治療見込期間				概算医療費			福祉事務所への連絡事項	
入院外			か月　日間	(1)　今回診療日以降１ヶ月間	(2)　第２か月目以降６か月まで			
入院	期間		か月　日間	円 （入院料　円）	円 （入院料　円）			
	（予定）年月日		年　月　日					

上記のとおり（1 入院外　2 入院）医療を（1 要する　2 要しない）と認めます。
鶴岡市福祉事務所長　様　　年　月　日

指定医療機関の所在地及び名称

院（所）　長
担当医師（診療科名）

※嘱託医の意見	1.承認　2.不承認　3.本庁協議 期間（月）１　２　３　４　５　６ （詳細意見）

※発行年月日	年　月　日
※受理年月日	年　月　日

診察料・検査料請求書

鶴岡市福祉事務所長　様　　年　月　日

指定医療機関の所在地及び名称

下記のとおり請求します。　指定医療機関の長又は開設者氏名

この券による診察年月日	年　月　日	※受給者氏名	（　歳）

請求額	診察料	初・再　点	（検査名）			
	〃	〃				
	〃	〃				
	合計	点 円	※社保等負担額	円	差引計	円

※担当員

※発行取扱者