

自立支援医療（更生医療）意見書

フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	生年 月 日	年 月 日
受診者住所								
病 名							発症年月日	年 月 日
不自由の状況								
治 療	治療開始 予 定 日	年 月 日						
	治療見込 期 間	入院治療期間 日間 通院治療回数並びに期間 回 日間 通算 日間 訪問看護予定回数並びに期間 回 日間						
	医療費 概算額	入院治療費 円 通院治療費 円 計 円 訪問看護等 円						
移送費 見込額		円						
医療費及び 移送費合計額		円						
治療後における 障害の回復状況 の見込								
上記のとおり診断し、別紙明細書のとおりその医療費及び移送費を概算いたします。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 担当医師名 ㊞								

注 医療費の概算額は(医療費及び移送費概算額算出明細書)により算出すること。