<table>
<tr><th colspan="5">更　生　医　療　意　見　書</th></tr>
<tr><td colspan="2">本人の氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人の住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　　名</td><td></td><td>発　病
年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">不自由の状況</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">治　療</td><td>治療期間</td><td colspan="3">入院治療期間　日間
通院治療期間（回数）　日間（　回）
通算　日間</td></tr>
<tr><td>治療開始
年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">医療費及び移送費</td><td>医療費
概算額</td><td colspan="3">入院治療費　円
通院治療費　円　計　円
看　護　料　円</td></tr>
<tr><td>移送費
見込額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>合計額</td><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">治療後における障がいの快復状況の見込み</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="5">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します。
年　月　日
指定自立支援医療機関名
更生医療担当医師名　印</td></tr>
</table>

注　医療費等の概算額は、「医療費及び移送費に係る概算額算出明細書」により算出すること。