

更生医療意見書

本人の氏名		生年月日	年 月 日
本人の住所			
病 名		発 病 年 月 日	年 月 日
不自由の状況			
治 療	治療期間	入院治療期間	日間
		通院治療期間 (回数)	日間 (回) 通算 日間
	治療開始 年 月 日	年 月 日	
医療費 及び移 送費	医 療 費 概 算 額	入院治療費	円
		通院治療費	円
		薬局 <small>(院外処方分のみ記入)</small>	円
		看 護 料	円
	移 送 費 見 込 額		円
	合 計 額		円
治療後における 障 がい の 快 復 状 況 の 見 込 み			
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			

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。