|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | 性別 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生（　歳） | |
| 居住地 |  | | | | | 医療保険の種類 |  |
| 給付希望する医療内容 |  | | | | | | |
| 当該医療の対象疾病 |  | | | | | | |
| 治療効果  （見込み） | （どういった点においてどのように改善・維持が見込まれるか詳記すること） | | | | | | |
| 治療経過 | 入院日　　平成　　年　　月　　日  入院目的（　手術　・　検査　・　その他の治療［　　　　　　　　　　　　］）  経過の詳細（いつ、どのような経過があったのかを明記すること）  ※手術を行う場合下記も記載  手術準備開始日　　平成　　年　　月　　日  手術日　　　　　　平成　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 給付希望  期間 | （入院）平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日　計　　日間  （通院）平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日　計　　日間  総計　　日間 | | | | | | |
|  | 概算額（点数） | 内訳概要 | | | | | |
| 入院料 | 点 |  | | | | | |
| 手術料 | 点 |  | | | | | |
| 薬治料 | 点 |  | | | | | |
| 注射料 | 点 |  | | | | | |
| ギプス料 | 点 |  | | | | | |
| 検査料 | 点 |  | | | | | |
| 処置料 | 点 |  | | | | | |
| 看護料 | 点 |  | | | | | |
| 移送費 | 点 |  | | | | | |
| 画像診断料 | 点 |  | | | | | |
| 指導管理料 | 点 |  | | | | | |
| その他 | 点 |  | | | | | |
| 合計 | 点 |  | | | | | |
| 上記のとおり、自立支援医療（更生医療）の給付が必要であると認めます。  平成　　年　　月　　日  指定医療機関所在地  指定医療機関名  診療科名  自立支援医療（更生医療）主担当医師名（自署）　　　　　　　　㊞  主治医名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

自立支援医療（更生医療）意見書