様式第2号(第9条関係)

療養を担当する医師の意見書

|  |  |
| --- | --- |
| 療養の給付を受けようとする被保険者の氏名 | 　 |
| 傷病名及び症状 | 　 |
| 初診年月日 | 年　　　月　　　日　　 |
| 療養見込期間 | 年　　　月　　　日から年　　　月　　　日まで |
| 入院見込期間 | 年　　　月　　　日から年　　　月　　　日まで |
| 療養費の見込額 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 | 月分 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 　上記のとおり療養が必要なことを認めます。　　　　　　　年　　月　　日保険医療機関　所在地　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　担当医師　氏名　　　　　　　　　　印　　　　 |