

医療要否意見書

※	※	※ 受理日	年 月 日
(氏名) (歳)の()以降)医療の要否について意見を求めます。			
院(所)長			印

傷病名 又は部位	1	初診	1 年 月 日	転 帰 (継続の とき記入)	年 月 日		
	2	年月日	2 年 月 日		治	死	中
	3	年月日	3 年 月 日		ゆ	亡	止

主要症状及び今後の診療見込

治療見込期間	入院外	か月 日間	概算医療費	1 今回診療日 以降1か月間	2 2か月目以降 6か月目まで	福祉事務 所への項
	入院	か月 日間		円	円	
	入院 予定年月日	年 月 日		(円)	(円)	

上記のとおり(1入院外 2入院)医療を(1要する 2要しない)と認めます。

年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称
院(所)長
担当医師(診療科名)

※嘱託医
の意見

月まで承認

----- (切 取 線) (契) -----

※発行年月日	年 月 日	診察料・検査料請求書
※受理年月日	年 月 日	

年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称
指定医療機関の長又は開設者氏名

次のとおり請求します。

この券による 診察年月日	年 月 日	※受診者氏名 (歳)
		住所 区 町 丁目 番 号

請求額	診察料	初・再	点	(検査名)	※社 保 等 負 担 額	円	差 引 計	円
	〃		〃					
	〃		〃					
	合 計		点					
			円					

- ※地区担当 ※発行取扱者

【生活保護法における医療扶助で治療している疾病等について記載をお願いします。】
 ※生活保護法以外で医療費が全額給付される公費負担医療の適用を受けている場合は、その公費負担医療の対象疾病以外のものについて治療の必要性、内容等について記載をお願いします。
 ※印欄は、福祉事務所で記入します。