

自立支援医療（更生医療）意見書

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 令和 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 令和 年 月 日 手術予定日 令和 年 月 日				
給付希望期間	（入院）令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 計 日間 （通院）令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 計 日間 総計 日間				
医療費概算内訳等	区分	概算額（点数）	区分	概算額（点数）	※じん臓機能障害に関して、原疾患・合併症に対する治療は、原則給付対象外です。
	入院料	点	処置料	点	
	手術料	点	看護料	点	
	薬治料	点	移送費	点	
	注射料	点	画像診断料	点	
	ギプス料	点	指導管理料	点	
	検査料	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。 令和 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 (印) 主治医名 (印)					