

| 自立支援医療（更生医療）意見書 | | | |
|--|---|--------------|--|
| 氏名 | | 男・女 | 大・昭 平・令 年 月 日生 |
| 住所 | 市 町 郡 | | |
| 現傷病名 | | 発病 | 昭・平・令 年 月 日 |
| 現症 | | | |
| 現在までの 治療内容 | | | |
| 医療の 具体的方針 | 入院：令和 年 月 日から (日間) 手術日：令和 年 月 日 通院： 回／ 日・週・月 (日間) | | |
| 改善の程度 | | | |
| 医療費 概算額 { 食事療養費及び生 活療養費について は、生活保護受給者 等の減免対象者以 外は除きます。 } | 区分 | 概算額（ ヵ月分） | 備考 |
| | 検査 | 円 | |
| | 手術 | 円 | |
| | 投薬注射 | 円 | |
| | 処置 | 円 | |
| | 基本診療 | 円 | |
| | 入院 | 円 | |
| | その他 | 円 | |
| 合計 | 円 | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費を概算します。 令和 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 指定医療機関 所在地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 担当医師 名称 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> 氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">印</div> | | | |