

様式第2号（第7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 日まで	
入院見込期間	年		月		日から 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
<p>上記のとおり療養が必要なことを認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関 所在地</p> <p>名 称</p> <p>担当医師 氏 名</p>						