

## 医師の意見書

療養が必要な被保険者氏名			
傷病名及び症状			
初診日	年	月	日
療養見込期間	年 月 日 ~		
	年 月 日まで		
	計 _____ 日		
入院見込期間	年 月 日 ~		
	年 月 日まで		
	計 _____ 日		
医療費の見込額	月分	月分	月分
	円	円	円
<p>上記のとおり、療養が必要であることを認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 20px;">保険医療機関</span> <span>所在地</span> </p> <hr/> <p style="text-align: center;">名称</p> <hr/> <p style="text-align: center;">医師名</p> <hr/>			