

様式第3号(第8条関係)

医師の意見書

被保険者記号・番号						
療養の給付を受ける者の氏名						
生 年 月 日		年	月	日	性 別	男・女
傷病名及び症状						
初 診 年 月 日		年	月	日	医療費所要見込額	月分 円
療 養 見込期間	入 院	年	月	日	医療費所要見込額	月分 円
		年	月	日		月分 円
		年	月	日		月分 円
		年	月	日		月分 円
		年	月	日		月分 円
その他特記事項						
<p>上記のとおり治療の必要を認めます。</p> <p>かつらぎ町長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>保険医療機関 所在地 名 称 担当医師名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						

※当該証明書は、保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条の規定により無償で記入願います。