

第2号様式(第7条)

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 年 月 日 まで					
入院見込期間	年 月 日 から 年 月 日 まで					
医療費の見込額	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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">             保険医療機関 所在地              担当医師 名称              氏名         </p> <p style="text-align: right;">⑩</p>						