

第2号様式（第4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 年 月 日まで					
入院見込期間	年 月 日から 年 月 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であると認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>(保険医療機関等)</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>担当医師 氏名</p> <p>印</p>						