

「様式第3号(第7条関係)」

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
上記のとおり療養が必要なことを認めます。						
年 月 日						
保険医療機関 所在地						
名称						
担当医師 氏名						