様式第9号(第3条、第23条の2、第24条関係)

療養見込書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| この患者について、下記のとおりの症状につき診療を要するものと認める。  　　　　　年　　月　　日  病院または診療所の名称  所在地  診療担当科　　　医師　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険加入の有無および保険の種類 | | | | |  | | | | | | 本人負担額 | | | | 円 | |
| 傷病名 |  | | | | | | | | | 初診 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 現症 | (具体的に記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療見込期間 | | 通院 | | 年　月　日から  　年　月　日まで | | | | 日間 | | 入院 | | | 年　月　日から  　年　月　日まで | | | 日間 |
| 所要医療費の概算額(健康保険法による療養の給付の例による。) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | | | | 概算額 | 左の内訳 | | | | | | | 備考 | | |
| 公費負担 | | 本人負担 | | | | |
| 通院に要する交通費 | | | | | | 円 | 円 | | 円 | | | | |  | | |
| 医師が必要とする施術費 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 往診料 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 投薬料 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 注射料 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 入院(完看、完食)費 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| その他 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |
| 合計 | | | | | |  |  | |  | | | | |  | | |