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 | 　 | 　 | 　 | 　 |