様式第2号(第7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 |
| 入院見込期間 | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで |
| 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 | |