# 医師の意見書

令和　　年　　月　　日

大分県後期高齢者医療広域連合長　様

保険医療機関　住　所

名　称

電話番号

次のとおり療養の必要を認めます。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証<br>番号 | | 療養の給付を<br>受ける者 | |
| 傷病名 | | | |
| 発病又は<br>負傷年月日 | 年　　月　　日 | 療養<br>予定期間 | 令和　　年　　月　　日から<br>令和　　年　　月　　日まで<br>日間 |

| 医療費所要見込額 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 月分 | 円 | 月分 | 円 | 月分 | 円 |
| 月分 | 円 | 月分 | 円 | 月分 | 円 |

この意見書は、一部負担金減免等申請書の添付書類として被保険者が広域連合長宛提出するものです。