

自立支援医療(更生医療)意見書

腎 (再認定・変更用)

氏名		生年月日		年 月 日	
原傷病名		発症年月日		平・令 年 月 日	
治療経過					
医療の具体的方針		効果見込み			
医療費概算内訳等	自立支援医療適用期間	入院	年 月 日～ 年 月 日	通院	年 月 日～ 年 月 日
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円
	①初・再診	点	⑦()	点	
	②投薬・注射	点	⑧入院	点	
	③処置	点	⑨小計	点	
	④手術	点	⑨×10	円	
	⑤検査(レントゲンを含む)	点	⑩その他()	円	
⑥()	点	合計(⑨+⑩)	円		
上記のとおり診断する。					
年 月 日					
指定自立支援医療機関の名称					
医師氏名(意見書作成医師)					
印					
医師氏名(指定医療機関登録主として担当する医師)					
印					

※「医療の具体的方針」欄は、血液透析療法の場合は「週〇回」等の治療内容を記載してください。