



医療費概算額（円） （*治療予定期間が1 年間の場合は1か月 分を記入）	項 目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料				
	手術料				
	投薬料 （院外処方：有・無）				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
	合 計				
	※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。（食事療養の費用を除く。） 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって 行うこと。				

上記のとおり診断します。

年 月 日

指定自立支援医療機関名

所 在 地

電 話 番 号 ( )

担 当 医 師 名

印

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当    2 一部対象外    3 不 適 当    4 再 審 査
	【審査結果が2～4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年 月 日
再 審 査 結 果	1 適 当    2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続    該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学    印
審 査 年 月 日	年 月 日



医療費概算額（円） （*治療予定期間が1年間の場合は1か月分を記入）	項目	1か月目(1か月分)	2か月目	3か月目	合計
	入院（再診）料	通院の場合、院外処方の有無に○を記入。			食事療養費は除く。 *概算額記入
	手術料				
	投薬料 (院外処方(有)無)				
	注射料				
	処置料				
	検査料				
	画像診断料				
	リハビリテーション				
	その他				
	合計				
※ 概算額の算定は、健康保険診療報酬点数表により行うこと。(食事療養の費用を除く。) 老人保健法の対象者は、老人保健の医療に要する費用の額の算定方法及び診療方針の例によって行うこと。					

上記のとおり診断します。 治療予定期間の開始日以前の日付を記入。

平成○年 ○月 ○日

指定自立支援医療機関名 ○ ○ 病院

所在地 ○○市○○町○○

電話番号 ( )

担当医師名 ○ ○ ○ ○ 印

更生医療の承認医師であること。(手帳診断書作成が可能な医師とは違うので注意！)

\* 担当医師名は、指定自立支援医療機関で更生医療を主として担当すると承認された医師であること。

(注) この意見書は、指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)療養担当規程第6条の規定により無償で交付して下さい。

※ ここから下は記入しないで下さい。

審 査 欄	
審 査 結 果	1 適 当      2 一部対象外      3 不 適 当      4 再 審 査
	【審査結果が2~4の場合は、その理由・内容等】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学      印
審 査 年 月 日	年      月      日
再 審 査 結 果	1 適 当      2 不 適 当
	【不適當の理由】
	重度かつ継続      該当 ・ 非該当
審 査 医 師	公立大学法人福島県立医科大学      印
審 査 年 月 日	年      月      日