

自立支援医療（更生医療）意見書

肝

令和	年	月	日	医療機関名	
				所在地	
				指定(届出)医師名（自署）	
				診療担当医師（自署）	
（自署でない場合は氏名の右に押印してください。）					

氏		住所	
名	T・S・H	年 月 日生（ 歳）	

傷病名：

経過および現症：

更 生 医 療 概 要

1. 治療効果見込み

2. 医療の具体的方針（術名等）

入院予定日 令和 年 月 日 手術予定日 令和 年 月 日

3. 医療の概要（適用）

医療費概算内訳	治療期間	入院	ヶ月	通院	ヶ月
	医療費概算額	健保点数	点	金額	円
①初・再診		点	⑤検査		点
②投薬注射		点	⑥入院		点
③処置		点	⑦その他		点
④手術		点			点

（ 医療機関へのお願い ）

兵庫県では、更生医療適用申請以前に、行われた検査・治療（手術・訓練等）は、更生医療適用を認めておりません。必ず、検査・治療を開始する前に、更生医療申請手続きを済ませるよう対象の障害者・家族にご指導願います。