様式第５号

＊　健康保険証・印章・特別医療費受給資格証（継続の方）をご持参ください。

児童等特定疾病医療意見書

本人	氏　名		生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
	住　所			
病　　名				
症　　状				

治療	診療開始日	令和　　年　　月　　日から
	入院予定年月日	令和　　年　　月　　日から
	治療見込期間	入院治療期間　　日間
		通院治療期間　　日間
	総医療費概算額	入院治療費　　円
		通院治療費　　円

上記の通り診断し、医療費を概算します。

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称

担当医師名

㊞

特別医療費受給資格証記号番号㊗[　　]