

様式第5号(第3条関係)

医師の意見書

被保険者番号		被保険者氏名	
傷病名			
症状			
緊急治療の 必要性			
治療手段及び 入院の必要性			
治療期間	入院 おおむね	年	か月
	通院 おおむね	年	か月
医療費見込額 (月額)	円		
医療機関の所在地 及び名称			
年 月 日			
主治医の氏名			印