

ケース番号	033137-01
地区名	荷揚町
発行取扱者	1250 佐藤

医療要否意見書

21950

入院外

※	① 医科 ・ 2 歯科	※	1 新規 ② 継続 (単 ・ 併)
(氏名) 大分 花子 (80歳) 昭和15年12月12日生		に係る 元年 12月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。	
大分市役所クリニック 御中		令和元年12月12日	
1002		大分市福祉事務所長	

部 傷 又 病 は 名 位	(1)	初 診 年月日	(1)	年	月	日	転 帰	年	月	日
	(2)		(2)	年	月	日		治	死	中
	(3)		(3)	年	月	日		ゆ	亡	止

今 主 後 及 の 要 診 症 療 び 見 状	見 本		稼働状況	備 考
			普通就労可・否	
			軽就労可・否	
			その他	

診療見込期間	入院外	か月 日間	概算医療費	(1) 今回診療日以降1か月間	(2) 第2か月目以降6か月目まで	福祉の連絡事項(事務所へ)	入院 年 月 日	退院 年 月 日
入院	入院	か月 日間	(円)	(円)	(円)			
入院	(予定含)	年 月 日	(入院料)	(円)	(入院料)			

上記のとおり (1入院外・2入院) 医療を (1要する・2要しない) と認めます。 令和 年 月 日
 テストテストテスト長 様
 指定医療機関の所在地及び名称
 院 (所) 長
 担当医師 (診療科名) 印

※嘱託医の意見	※受理年月日
---------	--------

(切 取 線)

※ 発行年月日	年 月 日	診 察 料 ・ 検 査 料 請 求 書
※ 受理年月日	年 月 日	
テストテストテスト長 様		令和 年 月 日
下記のとおり請求します。 指定医療機関所在地名称 院 (所) 長又は開設者氏名		印
この券による診察年月日	年 月 日	※受診者氏名 (歳)
請求額	診 察 料 料 料 料 初・再 点 点 点	(検査名)
合 計	点 円	※社保等負担額 円 差引計 円



2 4 0 0 0 1 8 9 7 2 2 6 5 1

(注 意)

- 1 この意見書を提示した患者で（1新規）のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者ですから診察料等を患者から徴収して下さい。
（2継続）のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者ですから診察料等を患者から徴収しないで下さい。
なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。
また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
- 2 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査結果等を記入して下さい。
- 3 患者が診察（初診、再診、往診）又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所長に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限りです。

(記入要領)

- 1 この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停、廃止を行う場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。
- 2 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入して下さい。
- 3 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入して下さい。
- 4 「概算医療費」欄の「(1) 今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を、「(2) 第2か月日以降6か月目まで」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、() 内に入院料を再掲して下さい。
なお、2継続で㊦の場合は記入する必要はありません。
- 5 この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者（以下「対象患者」という。）となる場合は、次のように記入して下さい。
 - (1) 「医療可否意見書」の次に「(医科入院定額支払用)」と記入して下さい。
 - (2) 既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。
 - (3) 「概算医療費」欄の「(1) 今回診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「(2) 第2か月日以降6か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。
- 6 ※印欄は福祉事務所で記入します。