

第5号様式（第2条関係）

診断書及び所要医療費等見込書

受診者氏名				男・女	歳
医療保険加入の有無と種類	有・無	国保・健保 船保・共済	住 所		
<p>上記の者は、次のとおり診療を要するものと認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 院（所）長名 担当医師 歯科医師</p>					
1 傷病名					
2 初診年月日	年	月	日		
3 診療見込期間	入院	年	月	日から	年 月 日まで
	通院	年	月	日から	年 月 日まで
4 所要医療費概算額	円				
	保険給付額 円				
	本人負担額 円				
5 医師又は歯科医師の意見					

- (注) 1 本書は、母子福祉資金等医療介護資金の貸付けに必要な書類です。
- 2 「医療保険加入の有無と種類」欄には、該当するものを○で囲んでください。
- 3 「医師又は歯科医師の意見」欄には、あん摩マッサージ指圧師の施術の必要の有無その他参考意見を記入してください。