

医療要否意見書の様式の使用について

生活保護法による医療扶助につきましては、平素格段の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

医療要否意見書の記入にあたり、指定医療機関の皆様の負担軽減のため、様式提供をおこないます。

下記の注意事項にご留意いただき、ご使用ください。

注意事項

様式を活用できるのは返送先が三郷市宛の意見書のみです。

福祉事務所より送付した医療要否意見書に記載されている内容を、できる限り転記いただきますようお願いいたします。

なお、福祉事務所より送付した医療要否意見書は、ダウンロードして作成した医療要否意見書と一緒にご返送ください。

また、必ずしもこの様式を使用して文書を作成しなければならないものではありませんが、医院独自作成の場合でも以下記載入力項目については、ご記入をお願いします。

記載入力項目について

必須事項	原則不要 (当市より求めがあった場合のみ記載)
①傷病部位 ③転帰 ④主要症状及び今後の診療見込み ⑤診療見込期間 ⑦福祉事務所への連絡事項（特に福祉事務所へ連絡を要する場合のみ） ⑧日付	②初診年月日 ⑥概算医療費

参考：令和2年3月30日付厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室医療係事務連絡

その他ご不明点については、下記までお問い合わせ下さい。

問い合わせ先

三郷市役所生活ふくし課

生活ふくし係

電話番号：048-953-1111

(内線9473)