

自家診療承認申請書

記号・番号	道医 —	療養を受けた 被保険者の氏名	年 月 日生(才)	組合員 との続柄	
傷病名	(1) (2) (3)	自家診療を必要 とした事由 (具体的に記入し て下さい)			
自家診療を必 要とした期間	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	治ゆ見込 の期日	年 月 頃	
症 状					
医師としての 意 見 (他医である場合 には署名を必要 とします)			他医の住所・氏名		
			住 所		
			氏 名		
他医による 指導指揮事項			指導・指揮をした医師の住所・氏名		
			住 所		
			氏 名		
治 療 計 画					
上記のとおり、自家診療を申請します。					
令和 年 月 日					
住 所					
組 合 員					
氏 名					
北海道医師国民健康保険組合理事長 様					

支部長の意見

支 部 長

- 【備考】(1) 組合員が組合員自身の医療を行なう場合は、他医の診断書を添付するか、他医の意見・指導・指揮事項をこの申請書に記入してもらうか、または療養の指導・指揮に関する証明書を添付して下さい。
- (2) 家族の医療を行なうことについて、他医の指導・指揮を受けた場合は、当該医師にその旨を記入してもらって下さい。
- (3) 発症時の状況や症状等、その緊急性について、療養を受けた被保険者および診療を行った医師の双方からの報告が必要です。くわしく記載した報告書面を添付して下さい。