疾病にかかっていることに関する意見書

受療者 氏　名		生年月日	年　月　日生	男 ・ 女
疾病名		診　療 開始日	年　月　日	

病状の状況等医師の意見

上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。

年　月　日

医療機関の名称

所在地

医師名　印

※　この欄には記入しないでください

以下のとおり医療券の提示を受け確認しました。 年　月　日		担　当　者	印	
公費負担者番号		公費負担医療の 受給者番号		
受療者氏名		生年月日	年　月　日	男 ・ 女
疾　病　名				