

疾病にかかっていることに関する意見書(記入例)

受療者氏名	○ ○ ○ ○	生年月日	平成 ○○年 ○○月 ○○日生	男 女
疾病名	慢性腎不全	診療開始日	○○年 ○○月 ○○日	
<p>病状の状況等医師の意見</p> <p style="text-align: center; color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">慢性腎不全のため、人工透析が必要</p> <p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center; color: red;">令和○○年 ○○月 ○○日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の名称</p> <p style="text-align: right;">所在地 ○○県○○市○○町○○○○番地</p> <p style="text-align: right;">医師名 ○ ○ ○ ○ 印</p>				

※ 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。		担当者	印
年 月 日			
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			