

意見書

被保険者番号				
被 保 険 者	氏名			
	生年月日	年	月	日
	住所			
疾病の名称		診療開始日		
		年	月	日

保 険 医 の 意 見	山梨県後期高齢者医療広域連合長 様
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
	平成 年 月 日
	療養取扱機関の所在地 名称
	保険医 氏名