

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

主 治 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
	所在地 保険医療機関等の 名 称
	主治医 氏名 ㊟