

医 師 の 意 見 書

年 月 日

杵築市長 殿

保険医療機関 住 所

名 称 印

電 話

次のとおり療養の必要を認めます。

保険証記号番号		療養の給付を受ける者	
傷 病 名			
発 病 又 は 負 傷 年 月 日	療 養 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
医療費所要見込額			
月分	円	月分	円
月分	円	月分	円

この意見書は、一部負担金減免等申請書の添付書類として世帯主が市長宛提出するものです。