

# 新型コロナウイルス関連 国保税減免に係る 医療機関意見書

医療機関担当者が意見を記入するところ	患者氏名				
	傷病名		初診日	令和	年 月 日
	発病年月日	令和	年 月 日	発病の原因	
	うち、入院期間	令和	年 月 日から		
		令和	年 月 日まで		
	医師の意見等				
<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症により、死亡又は重篤 <input type="checkbox"/> その他主たる症状及び経過、治療内容、検査結果、療養指導等の所見がありましたらご記入ください。					
令和 年 月 日					
上記のとおり相違ありません。					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名 <span style="float: right;">☎ TEL</span>					