

国民健康保険 特定疾病に係る意見書

治療を必要とする 被保険者氏名		性別	男・女
生 年 月 日	昭和・平成	年	月 日

- 疾病名
- 人工腎臓をしている慢性腎不全
 - 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固障害
 - 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
- ※該当の疾病名にレ印を記入してください。

上記のとおり、この者は国民健康保険法に定める特定疾病患者たることを証明する。

年 月 日

医療機関名

所在地

医師名

印