

国民健康保険 特定疾病にかかる意見書

氏名		
生年月日	S・H・R	
疾病名 ※該当の疾病名にレ 印を記入してください。	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固障害 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名