

意見書

年 月 日

東京都弁護士国民健康保険組合 理事長 殿

医療機関 所在地 _____

名 称 _____

医師名 _____

下記のもの、次の疾病により療養中であることを認めます。

- 人工腎臓を実施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第Ⅷ因子障害
又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害
- 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)

被 保 険 者	被保険者証	記 号	84-	番 号	
	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日			