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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のものは、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	記　号	84－	番　号	
	住　所				
	氏　名				
	生年月日	年　　月　　日			