

国民健康保険特定疾病認定申請書(意見書)

申請者の記入欄	保険者番号	3	6	0	0	2	4	
	被保険者番号							
	氏名							
	生年月日	年 月 日						

疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全
	2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部
	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>療養取扱機関の</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>医師名</p> <p>印</p>