

(様式2)

意見書

令和 年 月 日

(あて先) 川崎市長

所在地 _____

医療機関名 _____

医師 _____ 印 _____

次の者は、下記の疾病により療養中であることを認めます。

記

氏名 _____

住所 川崎市 区 _____

生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 _____

国保被保険者証記号・番号 50 - _____

疾病名

人工腎臓を実施している慢性腎不全

血友病

(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Ⅳ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、厚生大臣の定める者に係るものに限る)