

# 医療機関へのお願い

健康保険法の改正に伴い、「特定疾病認定申請書」には当該疾病にかかっていることを証する書類を添付することが必要となりました。お手数ではありますが、以下の意見書に当該疾病患者たることを証明願います。

日野市

(国民健康保険)		特定疾病に係る意見書	
治療を必要とする被保険者 氏名および生年月日			男 女
	昭和	年 月 日生	歳
	平成		
疾病名（下記のいずれかに○をして下さい）			
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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害			
3 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）			
上記のとおり、このものは国民健康保険法に定める特定疾病患者たることを証明する。			
平成 年 月 日			
住 所			
療養取扱機関名			
保 険 医			
⑩			
注 本書は保険医療機関及び保健医療養担当規則第6条によるものです。			