

意見書

寝屋川市 国民健康保険の被保険者 _____ につきまして、

令和 年 月 日より

- 1 血友病
- 2 人工透析を行う必要のある慢性腎不全
- 3 HIV

のため、治療を要します。

令和 年 月 日

あて先 寝屋川市長

医療機関名

所在地

医師名

印