

特定疾病療養に関する医師の意見書

| | | |
|---|-----------|--|
| 療 養 を 受 け て い る 者 | 氏 名 | |
| | 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和・(西暦) 年 月 日 |
| | 居 住 地 | |
| | 疾 病 の 名 称 | <ol style="list-style-type: none"> 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。） |

| | |
|----------------------------|---------------------------|
| 医 師 の 意 見 書 | 上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 |
| | 年 月 日 |
| | 療養取扱機関の名称 |
| | 所在地 |
| | 医師名 |