

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	年 月 日	男 ・ 女
	居 住 地			
	疾病の名称	<p>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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因子障害等（いわゆる血友病）</p> <p>3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）</p>		

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