

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 年 月 日 昭 和
	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因子障害等(いわゆる血友病) 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	<p style="text-align: center;">上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>
--------	--