

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 | 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 | 上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 | | | | | |
| | 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 療養取扱機関の名称 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| 医師名 | | | | | | ⑩ |