

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 血漿分画剤を投与している先天性血液凝固第 因子障害又は先天性血液凝固第 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 ( H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定めるものに係るものに限る。 )		

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			印	