

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 |
| | 住所 | | |
| | 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 | <p>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>令和 年 月 日</p> <p>療養取扱機関 名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |
|--------|---|