

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・(西暦) 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 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>
----------------------------	---