

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	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	男 ・ 女
	住所					
	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害(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。					
	年 月 日					
	療養取扱機関		名 称			
	所在地					
	医師名					印