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
	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　抗ウィ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 療養取扱機関の名　称 所在地 医師名