

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	昭和 平成 年 月 日 令和
	住所	
	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。	
	令和 年 月 日	
	療養取扱機関 名称	
	所在地	
	医師名	