

特定疾病療養に関する医師の意見書

療養を受けているもの	氏名			
	生年月日		性別	男 ・ 女
	住所			
	疾病名	1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全(人工透析) 2. 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第8因子障害及び第9因子障害(血友病) 3. 抗ウイルス薬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)		

医師の署名欄	上記の疾病で現在加療中であることを認めます。			
	年 月 日			
	所 在 地			
	医 療 機 関 名 称			
	医 師 名			印
※この意見書は無料交付です（保険医療機関及び保険療養担当規則第6条）				