**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 |