

医師の意見書

被 保 険 者	被保険者番号					
	氏 名					
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性 別
疾 病 の 名 称	<p>1. 人工透析を実施している慢性腎不全</p> <p>2. 血友病 { 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</p> <p>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</p>					
<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>						