

# 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	男 ・ 女
疾 病 の 名 称	1. 人工透析を実施している慢性腎不全 2. 血友病 $\left[ \begin{array}{l} \text{血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第VIII因子障害} \\ \text{又は先天性血液凝固第IX因子障害} \end{array} \right]$ 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 $\left[ \begin{array}{l} \text{H I V感染を含み、厚生労働大臣の} \\ \text{定める者に係るものに限る} \end{array} \right]$			
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。				
年 月 日				
保険医療機関名				
所在地				
医師名				