

国民健康保険特定疾病療養受療証交付申請のための医師の証明書

氏 名				
生 年 月 日	昭 和	・ 平 成	・ 令 和	年 月 日
被保険者記号・番号				
疾 病 名	<p>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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（いわゆる血友病）</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 （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。）</p> <p>※ 該当する番号に○をつけて下さい。</p>			
初 診 年 月 日	年 月 日			
(診察の概要)				
医 師 の 意 見 欄	<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;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>			