

国民健康保険特定疾病認定にかかる医師の意見書

認定対象者氏名		生年月日	年 月 日
認定対象者住所	平戸市		
疾 病 名	1. 血友病		
	2. 人工透析を行う必要のある慢性腎不全		
	3. 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症		
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。			
令和 年 月 日			
医療機関の名称			
所在地			
医師名			
<small>※医師が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>			