

証 明 書

住 所 目黒区

氏 名

生年月日 年 月 日

疾病名

- 1 人工透析を必要とする慢性腎不全
- 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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

医 療 機 関 名

所在地 ・ 電話

医 師 名

印

注 これは保険医療機関及び保険医療養担当規則第6条によるものです。