

証 明 書

認定を受けようとする被保険
者の氏名及び生年月日

氏 名

生年月日

年

月

日

上記の者は、

1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全
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)
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)

で治療していることを証明いたします。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

医師又は歯科医師名

印