

共済様式 18-1 号

(特定疾病療養認定申請用)

## 特定疾病了承認申請に係る医師の証明書

患者氏名	
疾病名 (該当するものに○)	1 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 (血友病)
	2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全
	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
上記の初診日	年 月 日
医師の意見 (現在、予防等について参考になることがあれば、記入してください。)	

上記疾病により診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

※日付は和暦で記入すること。

医療機関の所在地

医療機関の名称

医師の氏名

印

平成 23 年 1 月改正