

特定疾病認定証明書

被保険者氏名	
生年月日	年 月 日 男・女
特定疾病名	人工透析を必要とする慢性腎不全
上記のとおり証明する。 年 月 日 療養取扱機関名 所在地 保険医 ⑩	
※ 本書は保険医療機関及保険医療養担当規則第6条によるものです。	