

後期高齢者医療特定疾病認定申請に係る医師の意見書

		被保険者番号										
被 保 険 者	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	性 別	男 ・ 女					
	住 所											
疾 病 名 (該当する番号 に○をしてくだ さい。)	<ol style="list-style-type: none"> 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 (いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。) 											
<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 Ⓔ</p>												