

## 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	年 月 日
	住 所	
医 師 の 意 見 欄	疾 病 の 名 称	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全</li> <li>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</li> <li>3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群</li> </ol>
	<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;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名 <span style="float: right;">㊟</span></p>	