後期高齢者医療特定疾病認定申請に係る医師の意見書

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>フリガナ</td><td></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">医師の意見欄</td><td>疾病の名称</td><td>1　人工腎臓（人工透析）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
3　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因子障害等</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
令和　　年　　月　　日
医療機関　名称
所在地
医師名</td></tr>
</table>