

後期高齢者医療の特定疾病に係る意見書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号								
	氏 名								
	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年	月	日	男・女			
	住 所								
	保 険 者 番 号	3 9 0 5							
疾 病 の 名 称	1. 人工透析が必要な慢性腎不全 2. 先天性血液凝固因子障害の一部 3. 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染								
保 険 者 の 名 称 及 び 所 在 地									
医 師 の 意 見 欄	<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>年 月 日</p> <p>医療機関の名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>								