

後期高齢者医療の特定疾病にかかる医師の意見書

認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
認定対象者の住所			
疾 病 名	<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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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（HIV 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） 		

医師の意見書	<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;">療養取扱機関 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">（記名押印又は署名）</p>
--------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------