

後期高齢者医療の特定疾病認定申請書(意見書)

申請者の記入欄	保険者番号	3	9	3	6	4	0	3	9
	被保険者番号	0							
	氏名								
	生年月日	大正・昭和 年 月 日							

医師の意見欄	疾 病 名	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因子障害の一部
		3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	<p style="text-align: center;">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;">令和 年 月 日</p> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;">療養取扱機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: center;"> <p>所在地</p> <p>名 称</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医師名</p>	