

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	1	2	3	4	5	6	7
	氏名	広域 花子							
	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
	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		
療養取扱機関の		所在地 名称
医師名		