

後期高齢者医療特定疾病意見書

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	
疾病の名称	<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。) 	
<p>上記の者については、厚生労働大臣の認定する疾病と認める。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保険医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">保 険 医 氏 名</p>		