

後期高齢者医療の特定疾病に係る意見書

|                            |   |                |  |  |  |  |  |   |   |   |     |
|----------------------------|---|----------------|--|--|--|--|--|---|---|---|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者           | 被 保 険 者 番 号   |                |  |  |  |  |  |   |   |   |     |
|                            | 氏 名   |                |  |  |  |  |  |   |   |   |     |
|                            | 生 年 月 日   | 明治<br>大正<br>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<br>2. 先天性血液凝固因子障害の一部<br>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<br>師<br>の<br>意<br>見<br>欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。<br><br>年 月 日<br><br>医療機関の名称<br><br>所在地<br><br>医師名 |                |  |  |  |  |  |   |   |   |     |