

後期高齢者医療の特定疾病認定申請に係る医師の意見書

認定対象者の住所			
認定対象者の氏名			
認定対象者の生年月日		明治 大正 昭和	年 月 日 男 ・ 女
疾 病 名 ※ ☒ により選択		☐ 人工腎臓を実施している慢性腎不全 ☐ 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または第Ⅸ因子障害 ☐ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。）	
医 師 の 意 見 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。 年 月 日 医療機関の名称 所在地 医師名		