

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				
	被保険者番号								
	氏名								
	生年月日	明治・大正・昭和		年		月		日	

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
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。
	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p>所在地</p> <p>名称</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">医師名</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">印</p>