

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。
	年 月 日
	療養取扱機関の 所在地 名称
	医師名