

## 意見書

被保険者番号			
被 保 険 者	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		
疾病の名称		<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全  <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害  <input type="checkbox"/> 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）	診療開始日
			年 月 日

保 険 医 の 意 見	山梨県後期高齢者医療広域連合長 様	
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。	
	平成 年 月 日	所在地
	療養取扱機関の	名 称
	保険医 氏名	㊟