

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師の意見書

認定対象者	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（H I V 感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）	

保険医の意見	<p style="text-align: center;">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> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">保険医氏名</p>
--------	---

（山梨県後期高齢者医療広域連合）