

## 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<br><div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <span style="font-size: 2em;">{</span> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;">所在地</div><br/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;">名 称</div> </div> |
|             | 医師名   |   |