

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	2	0	1	7	
	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。	
	令和 年 月 日	
	療養取扱機関の	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</div> <div style="text-align: left;"> <p style="margin: 0;">所在地</p> <p style="margin: 0;">名 称</p> </div> </div>
医師名		