

後期高齢者医療 特定疾病に関する医師の意見書

療養を受けている者	フリガナ		性別	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
	傷病名	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第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 3. 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）		

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	
	医療機関 名 称	
	所在地	
	医師名	印