

## 後期高齢者医療特定疾病に係る意見書

被 保 険 者	氏 名				男 ・ 女	
	生年月日	明 大 昭	治 正 和	年	月	日
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 （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。）						
上記の疾病で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						
住所						
医師氏名 印						
電話番号						

\* 傷病名は該当するものの番号を○印で囲んでください。