

## 後期高齢者医療の特定疾病認定申請に係る医師の意見書

認定対象者の住所			
認定対象者の氏名			
認定対象者の生年月日	明治 大正 昭和	年      月      日	男 ・ 女
疾      病      名 ※ <input checked="" type="checkbox"/> により選択	人工腎臓を実施している慢性腎不全  血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第    因子障害または第 因子障害  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。  <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                     令和    年    月    日                 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                     医療機関の名称                 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                     所在地                 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;">                     医師名                 </div>		