

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	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害または第Ⅸ因子障害 <input type="checkbox"/> 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;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 医療機関の名称 所在地 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 医師名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">※ 自署の場合は、押印不要</p>		