

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師(歯科医師)の意見書

医療保険 保険者番号	3	9	1	3	1	0	7	3	被保険者 番号									
氏名																		
生年月日	大正 昭和			年			月			日								
疾病名	<p>1 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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</p> <p>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。)</p>																	
備考																		
<p>上記の診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>保険医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>保険医名 _____</p>																		

医療機関関係者様
この意見書は「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条により、無償交付をお願いいたします。