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 | 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 明治  大正　　　　　年　　　　　月　　　　　日  昭和 | 男　・　女 |
| 居住地 |  | |
| 疾病の名称 | １　人工腎臓を実施している慢性腎不全  ２　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 | |

|  |  |
| --- | --- |
| 医　師　の　意　見　欄 | 上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。    　　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　名称  療養取扱  医療機関  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |