

特定疾病認定に係る意見書

被 保 険 者 記 入 欄	被 保 険 者 番 号									
	保 険 者 番 号									
	保 険 者	名 称						所 在 地		
	被 保 険 者	氏 名						生 年 月 日 明 治 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</p> <p>〔 該当する番号を ○で囲むこと。 〕</p>								

医 師 の 意 見 欄	<p>上記に相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>(保険医療機関等の所在地・名称)</p> <p>(医師の氏名)</p>
----------------------------	--