

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 茨城県後期高齢者医療広域連合					所在地 茨城県水戸市赤塚1丁目1番地 (ミオス1階)			
	被 保 険 者	氏名					生年月日 明治 大正 昭和 年 月 日			
疾 病 名	<p>(該当する番号を○で囲むこと。)</p> <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>									

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