

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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						
疾 病 名	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 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 3 抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (該当する番号を○で囲むこと。)								

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)
----------------------------	--