

後期高齢者医療の特定疾病認定に関する意見書

住所

氏名

生年月日

年

月

日生

疾病の名称

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. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

(血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に関する医療を受けている者に限る。)

上記のとおり _____ 番の治療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

所在地

療養取扱機関

名称

医師名
