

【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 | 3 | 9 | 0 | 8 | 3 | 0 | 2 | 7 | |
| | 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 年 月 日 昭和 | | | |
| 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 抗ウイ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) |
|----------------------------|---|