

【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 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)
----------------------------	---