

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	
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）