

後期高齢者医療 特定疾病意見書

対象者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日
	住所	
診断年月日		年 月 日
疾病の名称 (該当する疾病の番号に○をつける)		1 血友病 2 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

上記のとおり、診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

医師名