

後期高齢者医療の特定疾病に係る意見書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号								
	氏 名								
	生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日						男・女	
	住 所								
	保 険 者 番 号	3 9 0 5 2 0 4 8							
疾 病 の 名 称		1. 人工透析が必要な慢性腎不全 2. 先天性血液凝固因子障害の一部 3. 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染							
保険者の名称及び所在地		秋田県後期高齢者医療広域連合							
医 師 の 意 見 欄	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 印								