

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	2	3	6	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 1-1 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)								