医療機関関係者様
この意見書は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第６条により、無償交付をお願い致します。

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師の意見書

被保険者氏名	
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
疾病名 該当番号に○印をつけてください	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因子障害また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（HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）
備考	人工透析開始日　　年　　月　　日

上記の診療を受けていることに相違ありません。

年　　月　　日

保険医療機関名

所在地

電話番号

保険医名　　㊞