

記入見本

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師（歯科医師）の意見書

氏名	渋谷 太郎
生年月日	昭和10年 1月 1日
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（H I V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	

上記の診療を受けていることに相違ありません。

令和〇年 〇月 〇日

保険医療機関名 〇〇病院

所在地 渋谷区宇田川町1-1

電話番号 03-3463-1211

保険医名 渋谷 花子