

## 後期高齢者医療特定疾病療養受療証交付申請のための医師の証明書

氏 名			
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年 月 日	男・女
被 保 険 者 番 号			
疾 病 名	<p>1. 人工腎臓を実施している慢性腎不全</p> <p>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（いわゆる血友病）</p> <p>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。）</p> <p>※ 該当する番号に○をつけて下さい。</p>		
初 診 年 月 日	年 月 日		
(診察の概要)			
医 師 の 意 見 欄	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">療養取扱機関の 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>		