

様式第24号(第15条関係)

後期高齢者医療 特定疾病に関する医師又は歯科医師の意見書

療養を受けている者	フリガナ		性別	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	住所			
	傷病名	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(いわゆる血友病) 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)		

医師又は歯科医師の意見欄	<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>年 月 日</p> <p>保険医療機関 名称</p> <p>所在地</p> <p>保険医名 <span style="float: right;">㊟</span></p>
--------------	--