後期高齢者医療特定疾病認定申請に係る証明書

被保険者	氏　　名	
	生 年 月 日	明 大 昭　　年　　月　　日
	住　　所	
疾 病 の 名 称		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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固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）

医師の証明

上記の疾病により治療を受けていることに相違ありません。

令和　　年　　月　　日

医療機関の名称 .....

医療機関の所在地 .....

医　　師　　名 .....