

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（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）	
<div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p>医師の証明</p> <p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>医療機関の名称.....</p> <p>医療機関の所在地.....</p> <p>医 師 名.....</p> </div>		