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 | | | |