様式第22号（第20条関係）

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

特定疾病認定に係る意見書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者　　記　　入　　欄 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保険者番号 | 3 | 9 | 0 | 8 | 2 | 3 | 4 | 2 |  |  |
| 保険者 | 名称茨城県後期高齢者医療広域連合 | 所在地茨城県水戸市赤塚１丁目１番地（ミオス１階） |
| 被保険者 | 氏名 | 生年月日 |
|  | 明治大正昭和 | 年　　月　　日 |
| 疾病名　該当する番号を　○で囲むこと。 | 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３　抗ウィルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医　師　の　意　見　欄 | 　上記に相違ありません。年　　月　　日 | （保険医療機関等の所在地・名称）（医師の氏名） |