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） | | | | | | | | |