

特定疾病療養受療証交付申請用意見書

保険者番号	3	9	2	7	2	1	6	6	被保険者の氏名	
被保険者番号									被保険者の生年月日	明・大・昭 年 月 日
医師の意見書欄	疾病名	<ol style="list-style-type: none"> 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） 								
	<p>上記の疾病で現在加療中であり、今後とも長期の加療を要するものと認めます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>保険医療機関コード</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>保険医療機関名称</p> <p style="text-align: right;">電話 ()</p> <p style="text-align: center;">医師名 印</p>									

※疾病の確認ができるものがある場合は、この意見書は不要です。

（疾病の確認ができるものの例）

- ・慢性腎不全にかかる更生医療券
- ・各種健康保険からの年齢到達等の場合、各保険者発行の「受療証」
- ・広域内転入の場合、広域連合長発行の「受療証」または「特定疾病認定証」
- ・他広域からの転入の場合、転出前広域連合長発行の「受療証」または「特定疾病認定証」
- ・「疾病名3」の申請方法については、窓口担当職員にご確認をお願いします。