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	0	3	7		
	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　　年　　月　　日 昭和	
	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）