様式第 22 号（第 20 条関係）

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		
	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）