

医療機関関係者 様

この証明書は「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条により、無償交付をお願いいたします。

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師（歯科医師）の証明書

氏 名	
生年月日	年 月 日
住 所	
疾 病 名	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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る）
備 考	

上記の診療を受けていることに相違ありません。

年 月 日

保険医療機関名

所 在 地

電 話 番 号

医 師 名

注）本書は、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条の適用を受ける証明書です。