

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

太枠の中を記入してください。

平成 年 月 日

窓口に来られた方	本人との関係
連絡先電話番号	

被保険者番号	個人番号
--------	------

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	

疾病の名称 (□に✓を付ける。)	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。）
---------------------	--

(注)	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。
医 師 の 意 見 欄	平成 年 月 日
	医療機関名称
	所在地
	医師名 ⑩

広島県後期高齢者医療広域連合長 様	
上記のとおり，関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病療養受療証の交付を申請します。	
平成 年 月 日	
申請者 氏名 ⑩	

(注)特定疾病にかかっていることを証明できる書類等があれば，医師の意見欄へ記入する必要はありません。

証送付年月日	平成 年 月 日	証を受領しました。 (サイン)
システム 入力者	システム 確認者	確認書類 免許証・その他 ()
(備考)		医師の意見以外の確認書類 <input type="checkbox"/> 認定等証明書 () <input type="checkbox"/> 特定疾病証 ()

(市区町受付印)