

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

| | | | |
|---------|--|--------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 連絡先電話番号 | | | |

| | | | | | | | |
|--------|--|--|--|--|--|--|-------------|
| 保険者番号 | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | | | | 右詰めでご記入ください |
| 個人番号 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------|-------|--|---|----|---|----|-------|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治 | ・ | 大正 | ・ | 昭和 | 年 月 日 |
| | 住所 | | | | | | |
| | 疾病の名称 | 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 | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------------|---|-----|---|--|--|---|
| 医 師 の 意 見 書 欄 | 上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 | | | | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 保険医療機関 | | 所在地 | | | | |
| | 名称 | | | | | | |
| | 医師名 | | | | | | 印 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|----|---|--|--|---|--|
| 上記のとおり、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 | | | | |
| 栃木県後期高齢者医療広域連合長 | | | | | | | |
| 申請者 | | 住所 | | | | | |
| 氏名 | | | | | | 印 | |
| 連絡先 | | | | | | | |