

後期高齢者医療 特定疾病認定申請書

被 保 險 者	被保険者番号								個人番号		
	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 (該当する番号に○をしてください。)		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(いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群(HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。)									
岡山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。											
令和 年 月 日											
申請者 住 所 (届出者) 氏 名 (続柄:) (電話番号 — —)											

医 師 の 意 見 欄	上記疾病により療養を受けていることに相違ありません。										
	令和 年 月 日										
	所在地										
	療養取扱 医療機関 名 称										
	医師名										
※ 証明年月より前に上記疾病による療養がある場合は、診療開始年月日を記入してください。 (診療開始年月日: 年 月 日 ~)											
※次の場合には医師の意見欄の証明を省略できます。 ① 後期高齢者医療制度加入直前の保険で特定疾病療養受療証の交付を受けており、その受療証の写しを添付する場合 ② 慢性腎不全に係る更生医療券の写しを添付する場合											