

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。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 氏名		
生年月日	年	月	日
住所			
交付方法	希望の交付方法すべてに <input checked="" type="checkbox"/> してください。 <input type="checkbox"/> 特疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格確認書の任意記載事項に記載を希望する		
疾病の名称	<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。）		
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医 師 名 ※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、記入の必要はありません。		
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認定を申請します。 年 月 日			

送付日	年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日	年 月 日			
種 別	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 却下通知書		確認書類 <i>マイカード</i> ・免許証・その他 ()	
(備考) 医師の意見欄に記載がない場合の確認書類 <input type="checkbox"/> 認定等証明書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 医師の証明書				(市区町受付印)