

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	後期 一郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	028-627-6805		

保険者番号	3	9	0	9	〇	〇	〇	〇				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	右詰めでご記入ください			
個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ
	氏名	後期 太郎
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	住所	宇都宮市本町3-9
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。	
	年 月 日	
	保険医療機関	所在地
	名称	医師名
		<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>医師の証明欄</p> <p>・特定疾病認定申請には、医師の証明が必要です。</p> <p>・国民健康保険等で、すでに特定疾病療養受療証をお持ちの方は、持参することにより医師の証明は不要となります。</p> </div>
		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。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

・申請者＝被保険者となります。

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 宇都宮市本町3-9

氏名 後期 太郎 後期 印

連絡先 028-627-6805