

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。 | <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>医師の証明欄</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特定疾病認定申請には、医師の証明が必要です。 ・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。 </div> |
| | 年 月 日 | |
| | 保険医療機関 所在地 | |
| | 名称 | |
| | 医師名 | |

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

連絡先 028-627-6805