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	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号	
被保険者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	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因子障害の一部 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。 令和　　年　　月　　日 医療機関の名　称 所在地 医　師　名		

大分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　氏名

記載例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	広域　太郎	本人との関係	子
届出者住所	別府市○○町○○番地	連絡先電話番号	097―●●●―●●●●

被保険者番号	１１１１１１１１	個人番号	●●●●●●●●●●●●
被保険者 フリガナ	コウイキ　イチロウ		
被保険者 氏名	広域　一郎		
被保険者 生年月日	大正　２　年　３　月　４　日		
被保険者 住所	別府市○○町○○番地		
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因子障害の一部 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。

令和　＊＊　年　４　月　１　日

医療機関の名　称　●●病院

所在地　別府市△△町△△番地

医　師　名　　大分　広域

大分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　４　月　１０　日

申請者　氏名　　広域　一郎