

後期高齢者医療 特定疾病認定申請書

被保険者番号		個人番号	
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	性別 男・女
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
疾病の名称 (※ 書類添付)	<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因子障害の一部 <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		

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

年 月 日
 代理人と同じ

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ 連絡先 () _____

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入をして下さい。

代 理 人 (住所) _____ (氏名) _____

(連絡先) _____ (被保険者との関係) 配偶者 子 その他 () _____

私は上記の者を代理人と定め、特定疾病認定申請にかかる手続きについて委任します。

被保険者 (住所) _____

(氏名) _____ 連絡先 () _____

認 定 <input type="checkbox"/> 認 定 (年 月 日) ⇒証交付 <input type="checkbox"/> 却 下 (年 月 日) ⇒却下通知送付 送 付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 (年 月 日)	受 付 者	入 力
		日付
		担当

※処理欄

申請者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券 (パスポート)・在留カード・特別永住者証明書・ 身体障害者手帳・その他写真が貼付された官公署の発行する証明書 () 健康保険被保険者証・年金手帳 (基礎年金番号通知書)・年金証書・介護保険被保険者証・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・生活保護受給証明書・社員証・その他 ()
-------	--

後期高齢者医療の特定疾病認定申請に係る医師の意見書

認定対象者の住所		
認定対象者の氏名		
認定対象者の生年月日	明治 大正 昭和	年 月 日 男 ・ 女
疾 病 名 ※ <input checked="" type="checkbox"/> により選択	<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因子障害または第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 医療機関の名称 所在地 医師名	