

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	
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				

福井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。

年 月 日

申請者 氏名

後期高齢者医療の特定疾病にかかる医師の意見書

認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
認定対象者の住所			
疾 病 名	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Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 3. 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV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 書	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
	療養取扱機関 名 称
	所在地
	医師名
	印