

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

|       |                                   |          |  |
|-------|-----------------------------------|----------|--|
| 届出者名  | <input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ | 被保険者との関係 |  |
| 届出者住所 | <input type="checkbox"/> 下記申請者と同じ | 電話番号     |  |

|   |   |             |  |
|---|---|-------------|--|
| 被保険者番号  |   | 個人番号        |  |
| 被<br>保<br>険<br>者  | フリガナ  |             |  |
|   | 氏名  |             |  |
|   | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 |  |
|   | 住所  |             |  |
| 疾 病 の 名 称   | <input type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全<br><input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部<br><input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症 |             |  |
| <p>(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて特定疾病療養受療証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p style="text-align: right;">⑩</p> |   |             |  |

注 裏面に医師の意見書があります。

|     |
|-----|
| 受領印 |
|     |

意見書

|                           |  |             |
|---------------------------|--|-------------|
| 療養を受けている者                 | 氏名   |             |
|                           | 生年月日   | 明・大・昭 年 月 日 |
|                           | 住所   |             |
| 疾病名                       | 1 人工腎臓を実施している慢性腎不全<br>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（いわゆる血友病）<br>3 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係るものに限る。） |             |
| 上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 |  |             |
| 年 月 日                     |  |             |
| 医療機関 所在地                  |  |             |
| 名称                        |  |             |
| 保険医氏名                     |  |             |
| ㊟                         |  |             |