

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			

保険者番号									
被保険者番号									右詰めでご記入ください
個人番号									

被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	明治	・	大正	・	昭和	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。								
	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。

年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____