

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	宇都宮 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

保険者番号	3	9	0	9	2	0	1	0				
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	右詰めでご記入ください			
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2

被 保 険 者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ
	氏名	宇都宮 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
	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。	<b>医師による証明欄</b>
	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 〇〇年 〇〇月 〇〇日 栃木県後期高齢者医療広域連	・ 申請者＝被保険者となります。 ・ 被保険者と申請者が異なる場合は、委任状を添付して下さい。
申請者 住所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
氏名	宇都宮 太郎
連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇