第２８号様式（第２２条関係）

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								
被保険者	フリガナ											
	氏　名											
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日										
	住　所											
疾病の名称		１．人工透析が必要な慢性腎不全 ２．先天性血液凝固因子障害の一部 ３．血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症										
医師の意見欄	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 ３．抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群										
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成　　年　　月　　日 医療機関　名称 所在地 医師名　　㊞											

岐阜県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名　　㊞

電　話　（　　）　　－

広域連合受付印	市町村受付印