

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被保険者	フリガナ	コウイキ タロウ	
	氏名	広城 太郎	
	生年月日	明・大・昭 2年 2月 2日	
	住所	岐阜市〇〇町〇丁目〇番地	
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H I V感染症		
疾病名	①. 人工透析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		
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 医療機関 名称 〇〇病院 所在地 岐阜市〇〇町〇丁目〇番地 医師名 連合 次郎	担当医師が記載する欄です。 担当医師が押印して下さい。	
岐阜県後期高齢者医療広域連合長 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 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
申請者住所 岐阜市〇〇町〇丁目〇番地 氏名 広城 太郎 電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		申請者は被保険者本人になります。 押印して下さい。	

広域連合受付印	市町村受付印
---------	--------