

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	3	9	0	9	2	0	3	6
被保険者番号								
個人番号								

右詰めでご記入ください

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。
	令和 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。

令和 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 \_\_\_\_\_