様式第２８号（第１６条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

提出者等	□本人 □代理人〔　　〕	氏名		電話番号	
		住所			

被保険者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日		
	住所	〒		
	保険者番号			
疾病の名称 （該当する□にレ印を記入）		□　人工腎臓を実施している慢性腎不全 □　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 □　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	上記疾病により診療を受けていることを証明します。 年　　月　　日 療養取扱医療機関　名称 所在地 医師名 ※ 証明年月より前に診療開始月がある場合は、下記に診療開始年月日を記載願います。 （ 診療開始年月日：　　年　　月　　日 ）			

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、関係書類を添えて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　　申請者　　氏　名

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	決定区分	認定 ・ 却下	決定年月日	年　　月　　日		
	認定	発効期日　　年　　月　　日から有効				
	却下	（却下理由）				
	特定疾病証	□ 証交付　□ 未処理	交付年月日	年　　月　　日		
	個人番号の確認	□ 個人番号カード・通知カード　□その他（　　）				
	個人番号の本人確認	□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□その他（　　）				
	個人番号の代理権確認	□ 委任状　□ 被保険者証　□その他（　　）				
	電算処理年月日	年　　月　　日	入力		確認	
	備考		市町村名			