

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	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ	性 別	男 ・ 女
	氏 名	生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	〒	
疾 病 の 名 称		☐ 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。 令和 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： 令和 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。 令和 年 月 日			

※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	令和 年 月 日	
	認 定	発効期日	令和 年 月 日	から有効	
	却 下	却下理由	()		
	特 定 疾 病 証	交付（未・済）	令和 年 月 日	（即時・郵送）	
		電算処理（未・済）	令和 年 月 日		
備 考				入 力	確 認
				市町村名	