

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請（届出）者名	広城 太郎	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇123番地	電話番号	000-000-0000

〇各区役所、支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
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	昭和 5年 1月 1日	
	住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇123番地	
疾病の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症		
（宛先）京都府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3年 4月 1日			

〇今回、特定疾病療養受療証の交付を受ける方の氏名等を記入してください。

〇被保険者番号は、保険証に記載されている番号を記入してください。

〇個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記載してください。

〇「疾病の名称」の該当する疾病にチェックをつけてください。

〇申請日を記入してください。

〇申請書の提出者や特定疾病療養受療証の受取人は原則として被保険者本人又は同一世帯の方となります。委任する場合は別途委任状により、代理権が授与されていることを証する必要があるため、申請書と併せて委任状を提出してください。

注 裏面に医師の意見書があります。

※申請書提出時に本人確認書類等の提示を求められることがありますので、ご協力をお願いいたします。

意見書		
療養を受けている者	氏名	広域 太郎
	生年月日	昭和 5年 1月 1日
	住所	京都府京都市中京区〇〇〇〇 1 2 3 番地
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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害（いわゆる血友病） 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）	
上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 令和3年 4月 1日 医療機関 所在地 京都市下京区〇〇〇〇〇 1 1 1 番地 名称 広域業務病院 保険医氏名 業務 花子		

○医療機関に記入してもらったものをお持ちください。

○自立支援医療受給者証や直前に加入していた医療保険の特定疾病療養受療証を窓口で確認できた場合、「意見書」の記入は不要です。