

(表)

申請書類を提出
する方

（第21条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請（届出）者名	京都 太郎	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都市中京区〇〇町123番地	電話番号	075-000-0000

特定疾病療養受療証
の交付を受ける方

		01234567	個人番号	123456789012
被 保 険 者	フリガナ	キョウト タロウ		
	氏 名	京都 太郎		
	生年月日	昭和24年12月10日		
	住 所	京都市中京区〇〇町123番地		
疾 病 の 名 称		☒ 人工透析が必要な慢性腎不全 ☐ 先天性血液凝固因子障害の一部 ☐ 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 交付を希望される方にチェックする えて ☒ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 ☐ 特定疾病認定に係る情報を記載した資格確認書 の交付を申請します。 令和6年12月15日				

「疾病の名称」の該当する
疾病にチェックする

注 裏面に医師の意見書があります。

- 申請書の提出や資格確認書等の受領ができるのは、原則被保険者本人又は同一世帯の方となります。
- 本人や同一世帯の方以外が申請される場合は、代理権が授与されていることを確認しますので、申請書と併せて委任状を提出してください。
- 申請時に本人確認書類等の提示が必要です。

(裏)

意見書		
療養を受けている者	氏 名	京都 太郎
	生年月日	昭和24年12月10日
	住 所	京都市中京区〇〇町123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（HIV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6年 12月 12日 医療機関 所在地 京都市中京区〇〇町1番地 名称 京都〇〇病院 保険医氏名 広域 花子		

○医療機関が作成した意見書を提出してください。

○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は、「意見書」の記入は不要です。