

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			

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	〒	
疾病の名称		<ul style="list-style-type: none"> ・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H I V感染症 	
<p>(あて先) 京都府後期高齢者医療広域連合長</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名 ㊟</p>			

(注意) 裏面に医療機関の意見欄があります。

意見書

療養を受けている者	氏名			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	住所			

疾病名	<ul style="list-style-type: none">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3 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅸ因子障害
-----	--

上記のとおり、療養を受けていることに相違ありません。

平成 年 月 日

所在地

医療機関
名称

医師氏名

