

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	

(個人番号)											
被保険者番号											

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	

疾病の名称 (○を付ける)	人工腎臓を実施している慢性腎不全
	(その他) 先天性血液凝固因子障害の一部（血友病） 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）HIV感染症

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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

※医師の意見書や加入前の保険の特定疾病受療証等の写しを添付してください。

認定 却下	適用（却下）日	受付者 入力者 再検者	受付印
	令和 年 月 日		