様式　18

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			

保　険　者　番　号	
被保険者番号	

右詰でご記入ください。

被保険者	フ　リ　ガ　ナ	
	氏　　名	
	生　年　月　日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日
	住　　所	
	疾病の名称	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 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
医師の意見書欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 平成　　年　　月　　日 保険医療機関　所在地 名　称 医師名　　印	

上記のとおり、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。

平成　　年　　月　　日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

申　請　者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿