

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	宇都宮 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	028-632-2307		

保険者番号	3	9	0	9	2	0	1	0
被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7

右詰で記入ください。

被 保 者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ
	氏名	宇都宮 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 3年 4月 1日
	住所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号
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。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>医師による証明欄</b> </div>
	平成 20年 9月 25日 保険医療機関 所在地 宇都宮市〇〇町〇〇番地 名称 宇都宮〇〇内科医院 医師名 〇〇 〇〇	

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 20年 10月 1日  
栃木県後期高齢者医療広域連合長

申請者 住所 宇都宮市旭〇丁目〇番〇号  
 氏名 宇都宮 太郎 印  
 連絡先 028-632-2307 印

- ・ 特定疾病療養受領証の交付には、医師からの証明が必要となります。
- ・ 申請者＝被保険者となります。
- ・ 申請者と届出者が異なる場合、委任状を添付して下さい。