

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	年	月 日
	住所		
疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固因子障害の一部 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

山形県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成 年 月 日

申請者 氏名 _____

医 師 の 意 見 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
	医療機関の名称 _____		
	所在地 _____		
医師名 _____			