

後期高齢者医療 特定疾病認定申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、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

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号									個人番号		
	氏 名											
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日						
	住 所 等											
		（電話番号 — — ）										
疾 病 の 名 称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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因子障害等											
申 請 が 被 保 険 者 以 外 の 場 合	氏 名								被保険者との続柄			
	住 所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ										
		（電話番号 — — ） <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ										

※太ワクの必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

認定（却下）日	発効期日	交付日	受 付	端末入力	交 付	受付責任者
.				
		交付 . 〒				

保険医療機関関係者 様

この意見書は、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)」第6条の規定により、無償で交付願います。

後期高齢者医療 特定疾病療養に関する医師の意見書

被 保 険 者	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(いわゆる血友病) 3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に限る。)	
上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。		
令和 年 月 日		
保険医療機関の 名 称 _____		
所在地 _____		
医 師 名 _____ (印)		

参考：「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準(昭和58年厚生省告示第14号)」抄
(証明書等の交付)

第6条 保険医療機関は、患者から法第56条に規定する後期高齢者医療給付を受けるために必要な保険医療機関又は保険医の証明書、意見書等の交付を求められたときは、無償で交付しなければならない。ただし、法第77条第1項の規定による療養費(柔道整復を除く施術に係るものに限る。)及び法第86条第2項の規定による傷病手当金に係る意見書については、この限りでない。