

後期高齢者医療特定疾病認定申請書											
被 保 険 者	被保険者番号										
	保 険 者 番 号	3	9	1	5	2	0	5	3		
	個人番号										
	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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害 ☐ 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									
医 師 の 意 見 書	上記疾病により診療を受けていることを証明します。 年 月 日 療養取扱 医療機関 名称 所在地 医師名 ㊟ (自署の場合は押印不要)										
	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。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 ㊟ (自署の場合は押印不要) 電話番号 () (あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長										

※添付書類により疾病名の確認ができる場合は「医師の意見書」欄の記入を省略できる。

【委任欄】 後期高齢者医療特定疾病療養受療証の受領を次の者に委任します。			
年 月 日			
委任する人	氏 名	㊟ (自署の場合は押印不要)	
委任を受ける人	郵便番号	—	
	住 所		
	氏 名		
	電話番号	()	
委任する人との関係 _____			