参考様式０７

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	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号			個人番号	
被保険者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			
	住所			
疾病の名称				

青森県後期高齢者医療広域連合長　殿

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。

令和　　年　　月　　日

医師の意見書	□　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
	□　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係るものに限る）
	上記の疾病により診療を受けていることに相違ありません。 令和　　年　　月　　日 医療機関の　所在地 名　称 医師氏名　　印