＜ 記 入 例 ＞

被保険者証に記載されていますので、確認のうえ記入してください。

該当する疾病名称に丸を記入してください。

後期高齢者医療の被保険者となる前の医療保険において、特定疾病療養受療証の交付を受けている場合は、その証の写しを添付してください。

初めて交付を受ける場合は、市町に申請する前に、この申請書を、受診している医療機関に提出し、医師の意見欄に署名捺印をもらってください。なお医療機関に提出する時点では個人番号欄を未記入のままとしてください。

提出日を記入してください。

※郵送する場合は、投函日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・届出者との関係を記入のうえ、捺印してください。

記入しないでください。

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者（本人）	保険者番号	3	9	4	1	2	0	0	0				
	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	コウイキ　タロウ								性別	（男）・女		
	氏　名	広域　太郎											
	生年月日	明・大・（昭）　3年　2月　1日											
	住　所	〒840−0201　（電話　0952−64−8476） 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地											

疾病名称（該当に○印）	○	人工腎臓（人工透析）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（いわゆる血友病）
		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者に限る。）
添付書類（該当に○印）	○	特定疾病の対象となる疾病であることの医師の証明書（意見書）
		他の医療保険の特定疾病療養受療証
		上記に掲げるもののほか申請理由を証明する書類

医師の意見欄

上記疾病について、当該被保険者が診療を受けていることに相違ありません。

平成○年○月○日　　医療機関所在地 佐賀市大和町大字尼寺

医療機関名 広域病院

医師名 後期　太郎　（後期 ㊞）

佐賀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（記入された方）			
	住所	〒840-0201　（電話0952−64−8476） 佐賀県佐賀市大和町大字尼寺1870番地	
	氏名	広域　花子　（広域 ㊞）	被保険者との関係（妻）

〔市町記入欄〕

市町(支所)名〔　　〕	受付日〔H　.　.　〕	受付者名〔　　〕・郵送	認定交付〔窓口・郵送〕・却下
申請者確認方法（右記＿＿番で確認）	①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示　②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類　④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示　⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他（　　）		
番号確認方法（右記＿＿番で確認）	①個人番号カード　②通知カード　③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認		
認定証の写し添付確認	□確認		

〔広域連合処理欄〕

受付日	業務課長	副課長	給付係長	係員	担当	認定可否	備考
H　.　.						可・否	

H29.4版