

(表)

第28号様式(第21条関係)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請(届出)者名		被保険者との関係	
申請(届出)者住所		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	年 月 日	
	住所		
疾 病 の 名 称	<input type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症		
(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、関係書類を添えて <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 特定疾病認定に係る情報を記載した資格確認書 の交付を申請します。 年 月 日			

注 裏面に医師の意見書があります。

(裏)

意見書

療養を受けている者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	
疾病名	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（H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）	
上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。		
年 月 日		
医療機関 所在地		
名称		
保険医氏名		