

(表)

第 2 8 号様式 (第 2 1 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		☐ 人工透析が必要な慢性腎不全 ☐ 先天性血液凝固因子障害の一部 ☐ 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 ☐後期高齢者医療特定疾病療養受療証 ☐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		