

被保険者番号

医療機関関係者 様

この意見書は「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条により、無償交付をお願いいたします。

後期高齢者医療特定疾病認定のための医師（歯科医師）の意見書

氏 名	
生年月日	年 月 日
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 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。)
備 考	
上記の診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 保険医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 保 険 医 名	

注）本書は、「高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準」第6条の適用を受ける意見書です。

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長 あて

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。

申 請 日	令和 年 月 日		
被保険者番号	* * * * *	個人番号	
フリガナ	生 年 月 日		
氏 名	明・大・昭 年 月 日		
住 所			
届出者名	本人との関係		
届出者住所			
連絡先電話番号	()		

【処理欄】

身元確認	免、パ、個カ、住カ、障、在	認 定 ・ 却 下	受付者	受付印
(要2点)	保、通、診、郵、他()	適用(却下)日	入力者	
番号確認	個カ、通カ、住票、シス、他()	令和 年 月 日	再検者	

【特定疾病認定申請用委任状】

被保険者本人以外の方が申請する場合に記入してください。

(住民票上同一世帯の方、成年後見人の方は不要です。)

委 任 状

令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療特定疾病認定申請についての権限を委任します。

(代理人)

氏 名 _____

住 所 _____

(委任者)

氏 名 _____

住 所 _____

生年月日 _____

電話番号 _____

※ 証が郵送で交付される場合は、被保険者（本人）の住民票登録地（送付先変更依頼書を提出し登録されている場合はその送付先住所地）へお送りします。