

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 宛て

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	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	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)	各種証、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		

被保険者以外の方が届出する場合に記入してください（成年後見人は不要です。）。

【 資 格 届 出 用 】

委 任 状

令和 年 月 日

私は、下記の者を代理人と定め、後期高齢者医療制度の資格に関する申請書などの届出及びその受領に関する一切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 _____

※1 本委任状と代理人の下記①②いずれかの本人確認書類を持参してください。

(郵送の場合は本人確認書類の写しを同封してください。)

①官公署発行の写真付き証明書の場合 1 点⇒マイナンバーカード、運転免許証、
旅券など

②それ以外の証明書の場合 2 点⇒健康保険証、資格確認書、介護保険証、
各種医療証、社員証など

※2 なお、証などの交付について窓口への届出と同日に発行できない場合があります。
その場合は後日、被保険者（委任者）の住民登録地（送付先が登録されている場合は、その送付先住所地）に郵送しますのでご了承ください。

※3 申請書を郵送で届け出て、証などが交付される場合の郵送先は、上記「※2」と同様となりますのでご了承ください。