

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和 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（血友病）	
		☐ 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）H I V感染症	
東京都後期高齢者医療広域連合長宛 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。 令和 年 月 日			

【 担当処理欄 】

適用	認定 却下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受付印	
----	----------	-----------------	-------	-----------------------	-----	--