

(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	明・大・昭	年 月 日
	住所	福知山市	
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HIV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の交付を申請します。 令和 年 月 日			

注 裏面に医師の意見書があります。

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市後期高齢者医療事業に係る事務に使用します。

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 住基 <input type="checkbox"/> その他()		
実存確認方法	写真付き (1種類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	
	写真なし (2種類)	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 <input type="checkbox"/> 聴き取り票 <input type="checkbox"/> その他()	
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請	手続き	<input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未

取扱者

(裏)

意見書

療養を受けている者	氏名	
	生年月日	明・大・昭 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。		
令和 年 月 日 医療機関 所在地 名称 保険医氏名		