様式第１７号（第１５条関係）

【記入例】

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

太枠の中を記入してください。

届出者名	神石　太郎	本人との関係	本人
届出者住所	神石郡神石高原町小畠１７０１番地	連絡先電話番号	０８４７－８９－３３２０

被保険者番号	個人番号
※保険者情報の分かるものを参照のうえ記入してください。 不明な場合は、空白でかまいません。	１２３４１２３４１２３４

（フリガナ） 氏　　名	ｼﾞﾝｾｷ　ﾀﾛｳ 神石　太郎
生年月日	昭和１０年１月１日
住　　所	
交付方法	希望の交付方法すべてに☑してください。　※該当する箇所にレ点を記入してください。 □特疾病療養受療証 □資格確認書の任意記載事項に記載を希望する
疾病の名称	□人工腎臓を実施している慢性腎不全　※該当する箇所にレ点を記入してください。 □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 □抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 （ＨＩＶ感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。）
医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医療機関　名　称 所在地 医　師　名 ※特定疾病にかかっていることを証明できる書類等があれば、記入の必要はありません。 ※特定疾病（慢性腎不全等）にかかっていることを証明する書類等がない場合は、かかりつけの医師に記入してもらってください。

広島県後期高齢者医療広域連合長　様

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認定を申請します。

令和〇年〇月〇日

送付日　　年　　月　　日	システム入力者	システム確認者	（受領サイン）
回収日　　年　　月　　日			
種　別　□資格確認書 □特定疾病療養受療証 □却下通知書			確認書類　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・免許証・その他（　　）

（備考）医師の意見欄に記載がない場合の確認書類
- □　認定等証明書
- □　特定疾病療養受療証
- □　医師の証明書

市区町受付印