様式第12号(第28条関係)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

年　　月　　日

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛

住　所
申請者　氏　名
電　話

特定疾病の認定を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第62条の規定により、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="5">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病の名称</td><td colspan="3">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　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因子障害等</td></tr>
<tr><td colspan="2">診療開始年月</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>医師の意見書</td><td colspan="4">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
療養取扱機関の
所在地及び名称

医師氏名</td></tr>
</table>

医師の意見書欄に証明のない方は、認定を受けようとする疾病にかかっていることを証する書類が必要です。