

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	盛岡 花子	本人との関係	病院事務
届出者住所	盛岡市津志田14-37-2	連絡先電話番号	019-613-8439

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号											
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被 保 険 者	フリガナ	モリオカ タロウ
	氏名	盛岡 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 13年 5月
	住所	盛岡市内丸12番2号

個人番号欄は空欄のままでも受け付けることが可能ですので、記入の必要はありません。

疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全
-------	------------------

- ・人工腎臓を実施している慢性腎不全
 - ・血友病
 - ・抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
- 上記3つの疾病のうち、いずれかを記入してください。

岩手県後期高齢者医療広域連合
 上記のとおり、関係書類を添付
 令和 2年 1月 10日

申請者 住所 盛岡市内丸12番2号
 氏名 盛岡 太郎

処理欄	特定疾病証発行	発効期日	市町村確認	広域連合確認
	・即時発行 ・後日郵送 / ・その他 ()	年 月 日		

後期高齢者医療特定疾病に関する医師の意見書

療養を受けている者	氏名	盛岡 太郎	
	生年月日	明治 大正 昭和	13年 5月 1日
	居住地	盛岡市内丸12番2号	
	疾病の名称	1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 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	

医師の意見欄	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2年 1月10日		
	療養取扱医療機関	名称	〇〇病院
		所在地	盛岡市津志田14-37-2
	医師名	岩手 一郎	印 