様式第27号（第19条関係）

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	
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			
	住　　所			
疾病の名称		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（血友病） 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		
医師の意見書		上記のとおり療養を受けていることに相違ありません。 年　　月　　日 医 療 機 関 名 医 療 機 関 所 在 地 医　　師　　名		

高知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療養受療証の交付を申請します。

年　　月　　日

申 請 者　　氏 名