

後期高齢者医療特定疾病療養受療証 交付申請用 意見書

患 者 情 報	フリガナ		生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 和 ・ 西 暦 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 ー		

医 師 の 意 見 書 欄	疾 病 名	A. 人工腎臓を実施している慢性腎不全 B. 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 または先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等(いわゆる血友病) C. 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)
	上記の疾病で現在加療中であることを証明します。 大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 年 月 日 医 療 機 関 所 在 地 医 療 機 関 名 医 療 機 関 電 話 番 号 医 師 氏 名 (印)	

※お引越しや年齢到達の場合は、前の保険者で同一疾病により認定を受けていたことを確認できる書類を申請時にご提示いただくことで、この意見書は不要となります。

- ・ 各種健康保険からの年齢到達等の場合、各保険者発行の「特定疾病療養受療証」
- ・ 大阪府内での異動の場合、大阪府後期高齢者医療広域連合長発行の「特定疾病療養受療証」または「特定疾病認定証明書」
- ・ 他府県からの転入の場合、転出前の広域連合長発行の「特定疾病療養受療証」または「特定疾病認定証明書」
- ・ 慢性腎不全にかかる「自立支援医療受給者証(更生医療)」

※「疾病名C」の申請方法については、お住いの市区町村窓口にご確認をお願いします。