

事 務 連 絡
令和8年 10 月28日

各医療機関 御中

高知県後期高齢者医療広域連合 事業課長

特定疾病認定申請書における疾病名の表記について(お知らせ)

平素は、後期高齢者医療制度の運営に格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、厚生労働省から各保険者に対し、特定疾病療養受療証に関する取扱いのうち、医療保険者等向け中間サーバー上における疾病名において、下記の見直しを行う旨の通知がありました。

また、これに合わせ、各保険者の使用する書類等について表記の見直しの指示があったため、当広域連合においても「特定疾病認定申請書」の当該疾病名の表記も見直しを行いました。

今後、被保険者の方の申請の際には、新様式の利用へのご協力をお願い申し上げます。なお、新しい様式は、当広域連合 HP の各種申請様式に掲載しています。

記

1 見直された疾病名

(前)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限る。)

(後)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

2 その他

この変更に伴い、医療機関等が閲覧するオンライン資格確認等システム上の画面や、マイナポータル上の画面で閲覧できる情報も、同様の表記の見直しが行われています。

3 申請書様式掲載 URL

高知県後期高齢者医療広域連合 各種申請様式

<https://www.kochi-kouiki.or.jp/life/dtl.php?hdnKey=254>



【問合せ先】

高知県後期高齢者医療広域連合 事業課 給付担当 永野・福富

〒780-0850 高知市丸ノ内2丁目4番1号 高知県保健衛生総合庁舎1階

TEL:088-821-4896 Mail:jigyoku@kouiki.jimusho.jp

見直し前	見直し後																																								
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 <table><tr><td colspan="2">届 出 者 名</td><td colspan="2">本人との関係</td></tr><tr><td colspan="4">連絡先電話番号</td></tr></table> <table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td colspan="2">個人番号</td></tr><tr><td rowspan="4">被 保 険 者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>住 所</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="2">疾病の名称</td><td colspan="2">1 人工腎臓を実施している慢性腎不全 2 血漿分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 <u>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ものに限る。)</u></td></tr><tr><td colspan="2">医師の意見書</td><td colspan="2">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</td></tr><tr><td colspan="4">高知県後期高齢者医療広域連合長 様</td></tr><tr><td colspan="4">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</td></tr></table>	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 <u>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ものに限る。)</u>		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			
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 <u>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ものに限る。)</u>																																							
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																																									

 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 <u>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</u> | | | 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 | | | | |