

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

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	
住 所			
連絡先電話番号			

被保険者番号								
被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名						性別	男 ・ 女
	生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日		
	住 所	三重県						
疾病の名称		先天性血液凝固障害の一部 人工透析が必要な慢性腎不全 血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症						
(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長 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領証を申請します。 平成 年 月 日 申請者 氏名 (被保険者) 連絡先電話番号								
上記申請に基づき特定疾病療養受領証を受領しました。 平成 年 月 日 申請者(被保険者本人) 届出者(代理人)								

受 付	届出者の本人 確認方法	入 力	交 付	交付方法	所得区分	減額区分	広域連合処理欄
	運転免許証 住基カード 保険証 その他 () 未			窓口 郵送	一般 現役並み 低所得 低所得	低所得 低所得 低 長期	