

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

窓口にもえた方の氏名		被保険者との関係	
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	
	個人番号								
	生年月日	明治・大正・昭和		年		月		日	
	住 所	〒							
疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工腎臓を実施している慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (H I V感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)								

(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認定を申請します。

年 月 日

申請者 氏 名 印
(被保険者)

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】 上記の申請に基づき特定疾病療養受療証を受領しました。

年 月 日 受領した方の署名

市 町 確 認 欄					
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交付方法	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()	月 日	窓口 郵送 月 日	

