

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

窓口に見えた方の氏名		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						
	個人番号						
	生年月日				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							

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 資格確認書・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	

