

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請(届出)者名		被保険者との関係	
申請(届出)者住所		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	明治・大正・昭和		年		月		日										
	住所	〒 ー																
疾 病 の 名 称 (該 当 に ○ を 付 け る こ と)	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因子障害の一部																	
	3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群																	

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	