

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申 請 (届 出) 者 名	広域 太郎	被保険者 との関係	子
申 請 (届 出) 者 住 所	藍住町〇〇〇〇〇〇番地	連絡先 電話番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9

被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7					
個 人 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	

被保険者	フリガナ	コウイキ ハナコ			
	氏 名	広域 花子			
	生 年 月 日	大正・昭和	年	月	日
	住 所	〒 - 番地 藍住町○○○○○○番地			

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。

令和〇年 〇月 〇日

(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
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 住民票の写し	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
	☐ 職員が記載	☐ 介護保険被保険者証	()	()