

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	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・(西暦) 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因子障害の一部
	<input type="checkbox"/> 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等

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

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

----- 以下市(区)町記入欄 -----

受付日	年 月 日	処 理 欄	交付：窓口・郵送 ( / )	認定の有無	認定・却下
受付者			<本人確認> 書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・ 資格確認書・その他 ( )	適用開始日	年 月 日