

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

記入例

| | | | | |
|-----|----|-------------|---------|----------|
| 届出者 | 氏名 | 後期 太郎 | 本人との関係 | 夫 |
| | 住所 | 富山市新桜町7番38号 | 連絡先電話番号 | 111-9999 |

| | | | | |
|------|--------------|---|------|--|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 01234567 | 個人番号 | |
| | (フリガナ) 氏名 | コウキ ハナコ 後期 花子 | | |
| | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 12年 4月 1日 | | |
| | 住所 | 富山市新桜町7番38号 | | |

| | |
|-------|---|
| 疾病の名称 | <input checked="" 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 <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因子障害等 |
|-------|---|

富山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。
 令和〇〇年××月□□日
 申請者 氏名 後期 花子

被保険者ご本人の氏名を記入してください。(代筆可)

※以下の欄は記入しないでください。

| | | | | | |
|-------------|----------------|---|---|--|--|
| 処 理 欄 | 交付方法 | <input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 広域連合) <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 本人 確認 書類 | 1点書類 | <input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有) | | |
| | | 複数書類 | ① | <input type="checkbox"/> 被保険者証(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民年金被保険者証(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民年金手帳(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民年金記録簿(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民年金記録簿(要本人確認) <input type="checkbox"/> 国民年金記録簿(要本人確認) (写真無) | |
| | | | ② | <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> その他() | |
| | 備考 | | 市町村受付印 | 広域連合受付印 | |

記入不要

※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要