後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者	氏　　名		本人との関係	
	住　　所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ) 氏　　名			
	生年月日	□明治 □大正 □昭和　　年　　月　　日		
	住　　所			
疾病の名称		□　人工腎臓を実施している慢性腎不全 □　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。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏　名　　㊞

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		□窓口交付(要本人確認) □郵送(□市町村 □広域連合) □その他(　　)		
	本人確認書類	1点書類	□運転免許証(　　) □パスポート □住基カード(写真有) □在留カード等 □個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複数書類 ①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他(　　)		
		複数書類 ②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(所属　　課　氏名　　知人・聞取り　)		
		※複数書類の場合は「①が２つ」又は「①１つ+②１つ」が必要			
	備考			市町村受付印	広域連合受付印