

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 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 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。

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 | | <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 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | | | ② | <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> 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 | | |