

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療特定疾病認定を申請します。

年 月 日

申請者	フリガナ 氏 名	被保険者本人 との続柄	※本人以外の場合は委任状等が必要です。
	住所		
	TEL		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	(フリガナ) 氏 名			
	生 年 月 日	□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		

※以下の欄は記入しないでください。

	交付方法	☐ 窓口交付(要本人確認) ☐ 郵送(☐ 市町村 ☐ 広域連合)	
処 理 欄	本人 確認 書類	1点 書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書(H24.4.1以降) ☐ パスポート ☐ 障害者手帳等 ☐ 在留カード等 ☐ 顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
		2点 書類	☐ 資格確認書 ☐ 介護被保険者証 ☐ 年金手帳・証書 ☐ 官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
			※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。
	代理人	☐ 委任状(任意代理人) ☐ 登記事項証明書(法定代理人)	
備考	証の種類 ☐ 特疾証 ☐ 併記あり資格確認書 (☐ 併記申請書の記入要)		