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 |  |
| 届出者住所 |  | 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 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病の名称 | | 血友病 | | | | ・ | | | 人工腎臓を実施している慢性腎不全 | | | | ・ | | | | 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 | | | | | | | | | | |
| 東京都後期高齢者医療広域連合長あて  　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。  　届出日　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認欄 | 番号確認 | 本人確認 | 代理権確認 | 受付 | 入力 | 交付日 | 交付 | 保健ｾﾝﾀｰ案内 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

確認書類：①個人番号ｶｰﾄﾞ・免許・運転経歴証・ﾊﾟｽﾎﾟｰﾄ・住基ｶｰﾄﾞ・障害者手帳・他（　　　　　　　　）

　　　　　　②保険証・減額証・限度額証・介護証・他（　　　　　　　　・　　　　　　　　）