

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	本人・その他 ()
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場 () -		

被 保 険 者	被保険者番号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
	住 所	
疾 病 の 名 称 (※ 書 類 添 付)	<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因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群	

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

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 年 月 日

申請者

(記入者)

氏 名 _____

※窓口に来た人が本人以外の場合は裏面〔委任欄〕

の記載が必要です。(別紙様式 委任状可)

<input checked="" type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 認 定 (年 月 日) ⇒ 証交付 <input type="checkbox"/> 却 下 (年 月 日) ⇒ 却下通知送付 <input checked="" type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> 郵送日・交付日 (年 月 日)	受 付 者	入 力
		日付

〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面の手続きを委任します。

委任者 (被保険者)	住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	自署の場合は押印不要	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	親族(続柄)・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他()		
確認	個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・その他() 健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・介護保険負担割合証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他() ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの			