後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請(届出)者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	－　　－　　(　自宅　・　携帯　)		

被保険者番号														
個人番号														
被保険者	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(該当に○を付けること)		1　人工腎臓を実施している慢性腎不全												
		2　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												
		3　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												

徳島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

（裏面）

【　　記　　入　　不　　要　　】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にする)こと。

市町村処理欄

個人番号確認	身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 個人番号カード	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 通知カード	□ 運転免許証	□ 特定疾病療養受療証	□ 無料乗車証(バス)
□ 住民票の写し	□ 運転経歴証明書	□ 重度医療費受給者証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 職員が記載	□ 身体障害者手帳	□ 介護保険被保険者証	□ 診察券(給付履歴あり)
	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 介護保険負担割合証	□ 資格情報のお知らせ
	□ 療育手帳	□ 年金証書・年金手帳	□
	□ 旅券	□	
	□ 住民基本台帳カード		
	□		
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)

代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点　A2点　B2点は不可)		
□ 同一世帯員	□ 個人番号カード　A'	□ 資格確認書　A	□ 住民票・戸籍謄本等　B
□ 戸籍謄本等(法定代理人)	□ 運転免許証	□ 減額・限度額認定証	□ 無料乗車証(ﾊﾞｽ)
□ 委任状(任意代理人)	□ 運転経歴証明書	□ 特定疾病療養受療証	□ 預金通帳・ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ
□ 申請者の資格確認書	□ 身体障害者手帳	□ 重度医療費受給者証	□ 診察券(給付履歴あり)
□ 保護受給証明書	□ 精神障害者保健福祉手帳	□ 資格確認書(後期以外)	□ 資格情報のお知らせ
□ 個人番号カード	□ 療育手帳	□ 高齢受給者証	□
□ その他(上記が困難な場合)	□ 介護支援専門員証	□ 介護保険被保険者証	
	□ 旅券	□ 介護保険負担割合証	
	□ 住民基本台帳カード	□ 年金証書・年金手帳	
	□	□	
			□ 聞き取り(診・口・年・家・5)