

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
--------	--	------	--

被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	大館市

疾病の名称	<input type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染
-------	--

秋田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。

令和 年 月 日

後期高齢者医療特定疾病認定申請書 【記入例】

届出者名	大館 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	大館市字中城20番地	連絡先電話番号	0186-49-7046

被保険者番号	01234567	個人番号	
--------	----------	------	--

被 保 険 者	フリガナ	オオダテ タロウ
	氏名	大館 太郎
	生年月日	明治・大正・昭和 24年 3月 5日
	住所	大館市字中城20番地

疾病の名称	<input checked="" type="checkbox"/> 人工透析が必要な慢性腎不全 <input type="checkbox"/> 先天性血液凝固因子障害の一部 <input type="checkbox"/> 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染
-------	---

秋田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。

令和6年4月1日