

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	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		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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)		
東京都後期高齢者医療広域連合長宛 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				

【担当処理欄】《 受付 》 窓口・郵送

適用	認定 却下	適用 (却下日)	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受付印	
----	----------	-------------	-------	-------------	-----	--

3.3 身元確認 1点確認書類(個人番号カード 免許証 運転経歴証 住基カード 旅券 身体障がい者手帳 その他())
2点確認書類(保険証 減額証 限度額証 介護保険証 負担割合証 勸奨送付の申請書 その他())
代理権確認(委任状 個人番号カード 免許証 運転経歴証 住基カード 旅券 障害者手帳 保険証 他())
番号確認(個人番号カード 通知カード 番号付き住民票の写し e-SUITE)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

記入例

届出者名	墨田 太郎	本人との関係	子
届出者住所	墨田区吾妻橋 1-23-20	連絡先電話番号	03-5608-1111

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
	フリガナ	スミダ イチロウ			
	氏 名	墨田 一郎			
	生年月日	大正 昭和 15 年 1 月 1 日			
	住 所	墨田区吾妻橋 1-23-20			
疾病の名称		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 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)			
東京都後期高齢者医療広域連合長宛 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 2 年 5 月 1 日					

「後期高齢者医療特定疾病認定のための医師の意見書」に記載の疾病に丸をつけてください。

【担当処理欄】《 受付 》 窓口・郵送

適 用	認 定 却 下	適 用 (却 下 日)	年 月 日	受付者 入力者 再検者	受 付 印	
--------	----------------------	---------------------------------	-------	-------------	-------------	--

3.3 身元確認 1点確認書類(個人番号カード*免許証 運転経歴証 住基カード*旅券 身体障がい者手帳 その他())

2点確認書類(保険証 減額証 限度額証 介護保険証 負担割合証 勸奨送付の申請書 その他())

代理権確認(委任状 個人番号カード*免許証 運転経歴証 住基カード*旅券 障害者手帳 保険証 他())

番号確認(個人番号カード*通知カード*番号付き住民票の写し e-SUITE)