

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

本人確認済

申請者名		被保険者との関係	
申請者住所			
連絡先 (電話番号)			

下記のとおり、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。

本人確認済

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	<input type="checkbox"/> 人工腎臓(人工透析)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第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害(血友病) <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(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)				

(郵送交付 ・ 来庁受領)

資格確認書への併記 (希望する※ ・ 希望しない)

※併記を希望する場合は併記申請書も一緒にご提出ください