

受付印

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者番号													
個人番号													
被 保 険 者	フリガナ												
	氏名												
	生年月日				年			月			日		
	住所 (方書・施設名等)												
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因子障害等（いわゆる血友病） 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。）											

愛媛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。

年 月 日

住所

申請者 氏名 (本人との関係:)

連絡先 (電話)

処 理	認定日: 年 月 日
	交付: 窓口・郵送 (/)
	<本人確認> 書類名: 番号:

備 考			
	受 付	入 力	広域確認