

後期高齢者医療 特定疾病認定申請書

(あて先) 福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

次のとおり、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

被 保 険 者 （ 申 請 者 ）	被保険者番号									個人番号		
	氏 名											
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日										
	住 所 等											
		(電話番号 - -)										
疾 病 の 名 称		<input type="checkbox"/> 人工腎臓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因子障害等										
申請が被保険者 以外の場合	氏 名						印	被保険者との続柄				
	住所等											
	(電話番号 - -)											

※太ワクの必要な部分だけ記入してください(被保険者若しくは世帯主が記入する場合、又は被保険者証等を持参している場合は、押印の必要はありません)。

市区町村処理欄

認定(却下)日	発効期日	交付日	受 付	端末入力	交 付	受付責任者
.				
		交付 . 〒				