

後期高齢者医療特定疾病療養受療証申請書

受付印

被保険者番号													
個人番号													
被 保 険 者	フリガナ												
	氏名											性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 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 抗ウィ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。

平成 年 月 日

住所

申請者 氏名

㊞

連絡先（電話）

処 理	認定日：平成 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