

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	
届出者名住所		連絡先電話番号	() -

被保険者番号		※個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		性別 男・女
	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因子障害の一部 <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		

※個人番号は免許証等で本人確認が可能な場合は省略可

宮崎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

申請者 住 所

氏 名

