

(様式第24号)

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		
	氏名		
	生年月日		
	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)		

山梨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 氏 名

印