

様式第 23 号(第 17 条関係)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届 出 者 名	記入した人の情報	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	特定疾病療養受療証が 必要な人の情報
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

疾 病 の 名 称	下記のうち、該当するものを記入してください
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合	・人工透析の必要な慢性腎不全 ・先天性血液凝固因子障害の一部（血友病） ・血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症
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	

※これから後期高齢者医療制度に加入される方で、これまで国民健康保険もしくは社会保険で「特定疾病療養受領証」をご利用していた方は、その受領証の写しを添付してください。

※はじめて「特定疾病療養受領証」をご利用される予定の方は、医師の診断書が必要です。千葉県後期高齢者医療広域連合指定の診断書を医師に記入していただき、添付してください。

※「特定疾病療養受領証」は申請のあった月の1日から有効となりますので、なるべく利用する前にご申請をお願いいたします。