

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	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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

【 担当処理欄 】

適用	認定 却下	適用(却下)日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
----	----------	---------	-------	-----	-----	-----	-----

(用紙規格 A4)

来た方	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他官公署から発行の顔写真付 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (                      ) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他官公署から発行 <input type="checkbox"/> 介護保険証 (                      )	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 差替え