

①申請書を記入した方について、記入してください。

届出者名	八王子 花子	本人との関係	妻
届出者住所	〇〇市〇〇町〇〇番地××号	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	ハチオウジ タロウ
	氏名	八王子 太郎
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	住所	〇〇市〇〇町〇〇番地××号

②被保険者本人の「後期高齢者医療被保険者証」に記載の、8桁の被保険者番号を記入してください。

③被保険者本人の「通知カード」又は「個人番号カード」を確認し、12桁の「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。

④被保険者本人について、記入してください。

疾病の名称	人工透析が必要な慢性腎不全
-------	---------------

⑤医師の意見書に記載の病名  
 ・人工透析が必要な慢性腎不全  
 ・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HIV感染症のいずれかを記入してください。

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。

⑥申請書の記入日（発送日）を記入してください。

〇〇年 〇月 〇日

⑦被保険者本人について、記入してください（代筆可）。

申請者 住所 〇〇市〇〇町〇〇番地××号

氏名 八王子 太郎

【 担当処理欄 】

		適 用		受 付 者	入 力 者	再 検 者	
担当使用欄のため記入不要							