様式第20号（規則第14条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者氏名		本人との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（　　）　　－		

被保険者	被保険者番号	
	個人番号	
	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	年　　月　　日
	住　所	
疾　病　の　名　称（※　書類添付）		□　人工腎臓を実施している慢性腎不全 □　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 □　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群

愛知県後期高齢者医療広域連合長　殿

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

認定 □ 認　定（　　年　月　日）⇒証交付 □ 却　下（　　年　月　日）⇒却下通知送付 **送付** □ 郵送日・交付日（　　年　月　日）	受　付　者	入　力 日付 担当