様式第 17 号（規則第 14 条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者	被保険者番号	
	個人番号	
	氏　名	□申請者と同じ
	生年月日	大正・昭和　　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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（　　）　　－

認定	受　付　者	入　力
□ 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）		日付 担当

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳 その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（　　）
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証・生活保護受給証明書・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・クレジットカード・社員証・その他（　　）