

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			
(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長			
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。			
令和 年 月 日			
申請者 住所			
氏名			

届出者の本人確認	1点	個番号・免許・旅券・住力(写有)・在力・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの()		発行方法	
	2点	ア	保険証(介護)・資格確認書(国保・後期)・特定疾病証 ・特定疾患証・限度額証 その他官公署が発行した証で個人識別事項(①氏名②生年月日③住所)が 確認できるもの()	窓口	郵送
	ア+ア もしくは ア+イ		イ		

※確認書類・委任状が不備の場合は郵送になります。

※マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」のどちらにも該当しません。

窓口個人番号確認		パーソル		担当
☐ 照合済(個人カ・通知カ・個番入住民票) ☐ 本人確認済 ☐ 別世帯の場合は委任状	照合未			