

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		
<p>(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>		

届出者の 本人 確認	1点	個番カ・免許・旅券・住カ(写有)・在カ・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・国保・後期)・高齢受給者証・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	保険証(社保)・年金手帳・社員証・学生証・クレジットカード・キャッシュカ その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載されたもの ()		

※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		テンプ	担当
<input type="checkbox"/> 照合済(個人カ・通知カ・個番入住民票) <input type="checkbox"/> 本人確認済 <input type="checkbox"/> 別世帯の場合は委任状	照合未		