

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		連絡先電話番号	

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				
(宛先) 石川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。 年 月 日				

※市町確認欄

代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
☐ 本人の資格確認書等	1点	☐ 個人番号カード	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード	
☐ 委任状		☐ 障害者手帳	☐ プレ印字書類	☐ 通知カード	
☐ 登記事項証明書		☐ その他（ ）		☐ システム	
☐ システム（同一世帯確認）	2点	☐ 資格確認書	☐ 年金手帳	☐ その他	
☐ その他（ ）		☐ その他（ ）		（ ）	