

特定疾病認定申請書 記入例

●申請書を記入した方の情報を記入します

※本人との関係は、被保険者本人から見た続柄を記入してください

●被保険者の情報を記入します

※被保険者番号は、資格確認書の「上から2行目の番号」です。（「39131198」以外の番号です）

後期高齢者医療資格認証書		有効期限
被保険者番号 01234567		令和 8年 7月31日
住所 千代田区霞が関三丁目5番1号		
氏名 広域花子		
生年月日	昭和24年12月30日	性別 女
資格取得年月日	令和6年12月30日	
交付年月日	令和7年8月1日	
負担割合・発効期日	1割	令和6年12月30日
限度区分・発効期日		
長期入院認定日		
特定疾患区分・免効期日		
保険者番号 39131234		
保険者名 東京都後期高齢者医療広域連合 公印		

※個人番号が不明な場合は、空欄で構いません

●疾病の名称を選択します

●申請書記入日を記入します

別記第31号様式（第25条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	板橋 太郎	本人との関係	長男
届出者住所	板橋区板橋2-××-△△	連絡先電話番号	03-3579-2373
被保険者番号	01234567	個人番号	012345678912
フリガナ	コウイキ ハナコ		
氏名	広域 花子		
生年月日	明治・大正・昭和 5年12月30日		
被保険者住所	東京都板橋区板橋2-△△-○○		
疾病の名称	1. 先天性血液凝固因子障害の一部（血友病） 2. 人工透析が必要な慢性腎不全 3. 血液凝固因子製剤の投与に起因する（血液製剤による）HIV感染症		

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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

【担当処理欄】

適用	認定	適用（却下）	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
却下	却下	日					

（用紙規格 A4）