様式第２０号（第１５条関係）

後 期 高 齢 者 医 療　　特 定 疾 病 認 定 申 請 書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

次のとおり、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

被保険者（申請者）	被保険者番号									個人番号	
	氏　　名										
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日									
	住 所 等										
		（電話番号　　－　　－　　）									
疾 病 の 名 称		□ 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第Ⅷ因子障害 又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等									
申請が被保険者以外の場合	氏　名							被保険者との続柄			
	住所 □被保険者と同じ										
	（電話番号　　－　　－　　） □被保険者と同じ										

※太ワクの必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

認定（却下）日	発 効 期 日	交　付　日
・　・	・　・	・　・ 交付 ・ 〒

受　付	端末入力	交　付	受付責任者