

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

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			

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

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	行方 花子	本人との関係	子
届出者住所	行方市玉造甲404	連絡先電話番号	123 (456) 7890

被保険者番号	01234567	個人番号	*****
被 保 険 者	フリガナ	ナメガタ タロウ	
	氏名	行方 太郎	
	生年月日	昭和 〇〇年 ××月 △△日	
	住所	行方市玉造甲404番地	
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障害 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固障害等		

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 〇〇年 ××月 △△日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て