

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			

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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

申請者 氏 名

㊟

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	後 期 一 郎	本人との関係	子
届出者住所	△△県□□市2-2	連絡先電話番号	123 (456) 7890

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏 名	後 期 太 郎	
	生 年 月 日	大正 〇〇年 ××月 △△日	
	住 所	△△県□□市2-2	
疾 病 の 名 称	人工腎臓を実施している慢性腎不全		

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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。

〇〇 年 ×× 月 △△ 日

申請者＝被保険者となります

申請者 氏 名

後 期 太 郎

