

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

※太枠の中は必ずご記入ください。

届出者名	広域 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	山口県山口市大手町9番11号	連絡先 電話番号	083-921-7110

被保険者番号		01234567	個人番号	987654321098	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ			
	氏 名	広 域 太 郎		男 ・ 女	
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 14 年 1 月 1 日			
	住 所	753-8501 山口県山口市大手町9番11号			
疾 病 の 名 称		人工腎臓を実施している慢性腎不全(例)			

山口県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成 28 年 1 月 4 日

申請者 氏名 広 域 太 郎

関係書類 特定疾病の対象となる疾病に該当していることが確認できる書類（医師の証明書等）。