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		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		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	
	住所		
疾病の名称			

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　　年　　月　　日

申請者　　氏名

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）。

白紙様式　KA22R004 V2.0