

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	明・大・昭	年	月 日
	住所			

疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全
-------	------------------

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

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 ㊟

適用年月日	入力	確認

記入例

届出者名	後期 一郎	本人との関係	本人
届出者住所	町田市〇〇町1-2-3	連絡先電話番号	042-000-XXXX


被保険者番号	98765432	個人番号	123456789012
被 保 険 者	フリガナ	コウキ イチロウ	
	氏名	後期 一郎	
	生年月日	明・大・昭	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	住所	町田市〇〇町1-2-3	
疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全		

個人番号の記入にあたって、本人確認書類と個人番号確認書類が必要です。詳しくはお問い合わせください。

東京都後期高齢者医療広域連合長あて

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。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 氏名 後期 一郎 

適用年月日	入力	確認