

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	

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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

【 担当処理欄 】

適 用	認 定 却 下	適 用 (却 下) 日	年 月 日	受 付 者	入 力 者	再 検 者	受 付 印
--------	----------------------	---------------------------------	-------	-------------	-------------	-------------	-------------

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

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	042-〇〇〇-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	昭和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	人口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宛			
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 〇〇月 〇〇日			

【 担当処理欄 】

適用	認定	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
用	却下						