

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	
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	

熊本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。

令和 年 月 日

申請者 氏名

記入例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	宇土 太郎	本人との関係	子
連絡先電話番号	0964-22-△△△△		

被保険者番号	01234567	個人番号	1234 5678 9012
--------	----------	------	----------------

被 保 険 者	フリガナ	ウト ハナコ
	氏名	宇土 花子
	生年月日	昭和10年 1月 1日
	住所	宇土市〇〇町〇〇番地

疾病の名称	

熊本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。

令和 3年〇〇月〇〇日

申請者 氏名 宇土 花子