

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

|     |     |
|-----|-----|
| 受付者 | 入力者 |
|     |     |

<記入例>

|                                           |              |                          |         |               |
|-------------------------------------------|--------------|--------------------------|---------|---------------|
| 届出者名                                      | 後期 ◆◆        |                          | 本人との関係  | 本人            |
| 届出者住所                                     | 沖縄市仲宗根町00-00 |                          | 連絡先電話番号 | 090-xxxx-xxxx |
| 届出を行う被保険者情報を記入                            |              | 01234567                 | 個人番号    | 記入不要          |
| 被<br>保<br>者                               | フリガナ         | コウキ ダイスケ                 |         |               |
|                                           | 氏名           | 後期 ◆◆                    |         |               |
|                                           | 生年月日         | 昭和〇年〇月〇日                 |         |               |
|                                           | 住所           | 000-0000<br>沖縄市仲宗根町00-00 |         |               |
|                                           | 疾病の名称        | 人工腎臓を実施している慢性腎不全         |         |               |
| 該当疾病の名称を記入                                |              |                          |         |               |
| 沖縄県後期高齢者医療広域連合長 殿                         |              |                          |         |               |
| 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                                  |              |                          |         |               |
| 申請書を記入した日付を記入                             |              |                          |         |               |