

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

捨印	
----	--

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		

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

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 住所

氏名

印

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

捨印

広域

届出者名	広域 次男	本人との関係	子
届出者住所	前橋市〇〇町1-3	連絡先電話番号	234-XXXX

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ レンタロウ マイナンバーを記入	
	氏名	広域 連太郎	
	生年月日	昭和10年1月1日	
	住所	前橋市〇〇町1-1	
疾病の名称	該当する特定疾病の名称を記入 「人工透析が必要な慢性腎不全」等		

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

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。

令和〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 前橋市〇〇町1-1

氏名 広域 連太郎

申請者は被保険者です

広域