

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	渋谷 太郎	本人との関係	子
届出者住所	渋谷区宇田川町1-1	連絡先電話番号	03-3463-1211

被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
--------	----------	------	--------------

被 保 険 者	フリガナ	シズヤ ハナコ
	氏名	渋谷 花子
	生年月日	昭和10年 1月 1日
	住所	渋谷区宇田川町1-1

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。

令和〇年〇月〇日

【 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
----	----------	-----------------	-------	-----	-----	-----	-----

(用紙規格 A4)