

記入例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

捨
印館
林

代理人が来庁される場合に記入

届出者名	館林 一郎	本人との関係	長男
届出者住所	館林市城町▲番▲号	連絡先電話番号	0276-▲▲-▲▲▲▲

被保険者番号	12345678	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	タテバヤシ タロウ	
	氏名	館林 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	館林市城町〇番〇号	
疾病の名称	人工透析を実施している慢性腎不全		

(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

被保険者の住所・氏名・電話番号を記入し、朱肉を使う印で押印してください。

申請者 住所 館林市城町〇番〇号

氏名 館林 太郎

電話 0276-〇〇-〇〇〇〇

館
印
林