

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	調布 花子	本人との関係	長女
届出者住所	調布市小島町1丁目2番地3	連絡先電話番号	042-481-7148

被保険者番号		11111111	個人番号	111111111111
被 保 険 者	フリガナ	チョウフ タロウ		
	氏 名	調布 太郎		
	生 年 月 日	昭和20年12月1日		
	住 所	〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地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 ×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	
--------	----------------	---------------------	-------------	-------------------------------	-------------	--