

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

|                                                                                              |         |  |                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--|------------------|--|
| 届 出 者 名                                                                                      |         |  | 本人との<br>関係       |  |
| 届 出 者 住 所                                                                                    |         |  | 連 絡 先<br>電 話 番 号 |  |
| 被保険者番号                                                                                       |         |  | 個 人 番 号          |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                             | フリガナ    |  |                  |  |
|                                                                                              | 氏 名     |  |                  |  |
|                                                                                              | 生 年 月 日 |  |                  |  |
|                                                                                              | 住 所     |  |                  |  |
| 疾 病 の 名 称                                                                                    |         |  |                  |  |
|                                                                                              |         |  |                  |  |
| <p>北海道後期高齢者医療広域連合長 宛</p> <p>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。</p> <p>年    月    日</p> |         |  |                  |  |