

特定疾病認定申請書の書き方（例）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書			
届出者名	広城 一郎	本人との関係	子
届出者住所	札幌市中央区南2条14丁目	連絡先電話番号	012-345-6789
被保険者番号	00000001	個人番号	000000000001
フリガナ	コウイキ タロウ		
被氏名	広城 太郎		
保生年月日	昭和5年5月5日		
険者住所	060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目		
疾病の名称	人工透析		
北海道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。			
年 月 日			

申請の窓口に来た方の氏名、住所等を記入してください。

個人番号（マイナンバー）を記入してください。

「人工透析」、「血友病」、「その他」のいずれかを記入してください。

申請日を記入してください。

疾病を確認できるもの（医師の意見書、以前の健康保険の特定疾病療養受療証など）をご用意ください。