

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

被保険者番号		個人番号							
被 保 険 者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	年	月	日					
	住所								
疾病の名称									
医 師 の 意 見 欄	疾病名								
	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医療機関の</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>								
<p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、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> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話 () -</p>									