

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

個人番号はわからない場合、空欄可

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ タロウ																					
	氏名	広域 太郎																					
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日																					
	住所	岐阜市柳津町宮東1丁目1番地																					
疾病の名称		慢性腎不全																				<ul style="list-style-type: none"> <li>・慢性腎不全</li> <li>・血友病</li> <li>・後天性免疫不全症候群</li> </ul> のいずれか	
医 師 の 意 見 欄	疾病名																						
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。  年 月 日  名称 医療機関の 所在地  医師名																						
岐阜県後期高齢者医療広域連合長  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。  令和△△年 △△月 △△日  申請者 住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地 氏名 広域 太郎 電話 ( 〇〇〇 ) □□□-△△△△																							