

後期高齢者医療特定疾病認定申請書 (記入例)

届出者名	水俣 二郎	本人との関係	弟
連絡先電話番号	0966(61)1633		

被保険者番号	87654321	個人番号	123456789123
--------	----------	------	--------------

被 保 険 者	フリガナ	ミナマタ イチロウ	
	氏名	水俣 市郎	
	生年月日	明治・大正・昭和 10年10月10日	
	住所	熊本県水俣市陣内1丁目1番1号	

疾病の名称	人工腎臓(人工透析)を実施している慢性腎不全
-------	------------------------

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

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。

平成22年10月10日

被保険者の氏名をご記入のうえ、押印ください。

申請者 氏名 水俣 市郎

水俣

印