

第13号様式

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	後期次郎	本人との関係	長男
届出者住所	平塚市浅間町9-1	連絡先電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

被保険者番号		12345678
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ
	氏名	後期 太郎
	個人番号	987654321000
	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	平塚市浅間町9-1
疾病の名称		人工腎臓を実施している慢性腎不全
<p>神奈川県後期高齢者医療広域連合長</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>令和〇年〇月〇日</p>		