

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日	
	住 所		
疾 病 の 名 称			

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和 年 月 日

関係書類 特定疾病の対象となる疾病に該当していることが確認できる書類（医師の証明書等）。