

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	

[illegible]

被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	

疾病の名称	

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

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。

☐ 資格確認書を保有し、認定された特定疾病区分を資格確認書に併記することを希望します。

年 月 日