

記入例

様式第25号

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	東吾妻 町太	本人との関係	長男
届出者住所	吾妻郡東吾妻町大字原町1046番地	連絡先電話番号	0279-68-2111

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	ヒガシアガツマ タロウ	
	氏名	東吾妻 太郎	
	生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日	
	住所	吾妻郡東吾妻町大字原町1046番地	
疾病の名称	人工透析を実施している慢性腎不全		

(あて先) 群馬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。

○年 ○月 ○日