

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

申請書を届出する方の氏名等を記入してください。

届出者名	多摩 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	〒206-0000 多摩市関戸6-12-1	連絡先電話番号	000-000-0000

番号がわからない場合は、空欄で構いません。

番号がわからない場合は、空欄で構いません。

被保険者番号		12345678	個人番号	12桁のマイナンバー
被 保 険 者	フリガナ	タマ タロウ		
	氏名	多摩 太郎		
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日		
	住所	〒206-0000 多摩市関戸6-12-1		
疾病の名称		〇〇〇〇〇〇	医師の意見書にある疾病名を記入してください。	

特定疾病認定を希望する方の氏名等を記入してください。

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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。

提出日を記入してください。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

【 担当処理欄 】

適用	認定 却下	適用 (却下) 日	年 月 日	受付者	入力者	再検者	受付印
----	----------	-----------------	-------	-----	-----	-----	-----