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	○○○○-○○-○○○○

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○○年○月○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

神奈川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。

令和○年○月○日