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	
連絡先電話番号			

被保険者番号		
被保険者	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	
	住　　所	
疾病の名称		

長崎県後期高齢者医療広域連合長　様

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。

平成　　年　　月　　日

申請者　氏名　　㊞