

# 記入例

## 後期高齢者医療特定疾病認定申請

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号	届出者の住所、氏名等を記載してください。 届出者が代理人の場合は、委任状が必要です。その場合、代理人の身分証明書のコピーを添付してください。（なお、代理人が同世帯の場合は委任状は不要です。）					
被 保 険 者				フリガナ		
				氏名		
				生年月日		
住所	発行が必要な後期高齢者の住所、氏名等を記載し、マイナンバーが分かる書類のコピーと、身分証明書のコピーを添付してください。					

疾病の名称	「人工腎臓を実施している慢性腎不全」等 疾病の名称を記載してください。
-------	--

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。

年 月 日

記入日を記載してください。

**【 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
--------	----------------------	---------------------------------	-------	-------------	-------------	-------------	-------------