

様式第23号（第17条第1項）

## 後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	南房総 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	南房総市富浦町青木〇〇番地	連絡先電話番号	0470-33-0000

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8		
被 保 険 者	フリガナ	ミナミボウソウ タロウ	
	氏名	南房総 太郎	
	生年月日	昭和11年4月11日	
	住所	南房総市富浦町青木28	
疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全		
<p>(あて先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>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。</p> <p>令和 元年10月 5日</p> <p>申請者 南房総 太郎</p> <p>申請者は被保険者本人</p>			