

記入例

様式第18号（第11条関係）

治療を受ける被保険者本人の内容で記入

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

この申請書の届出をした方の内容で記入

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		個人番号	マイナンバー	
被保険者	フリガナ	資格確認書などの後期高齢者医療制度の資格が確認できる書類に記載されている8桁の「被保険者番号」を記入		
	氏名			
	生年月日			年 月 日
	住所			

疾病の名称

人工透析の実施が必要な慢性腎不全

治療を受ける病気の名前を記入

（宛先）静岡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。

年 月 日