<u>様式第 18 号(第</u> 11 条関係)

記入例

この申請書の届出をした方 の内容で記入

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

		届	出 者 名				本人との関係	
		届占	出者住所				連 絡 先 電 話 番 号	
	1	被保険者番号				個人番号	マイナンバー	
			フリガナ				資格確認書などの後 期高齢者医療制度の	卷
		被	氏 名		資格が確認できる書 類に記載されている			
Y	,	保険	生年月日	年	月	日	─ 8桁の「被保険者配 号」を記入 ─	
		者						
			住 所					
\	\							
		疟	病の名称	人工透析の	実施が必	要な慢性腎で	下全	
		疾	病の名称	人工透析の容	実施が必	要な慢性腎	下全	
				人工透析の 対		要な慢性腎	下全 治療を受ける病 名前を記入	気の
		(宛)	先)静岡県後	期高齢者医療広	域連合長		治療を受ける病	
		(宛)	先)静岡県後	期高齢者医療広	域連合長		治療を受ける病名前を記入	
		(宛)	先)静岡県後	期高齢者医療広	域連合長		治療を受ける病名前を記入	
		(宛)	先)静岡県後 上記のとおり、	期高齢者医療広	域連合長		治療を受ける病名前を記入	
		(宛)	先)静岡県後 上記のとおり、	対高齢者医療広関係書類を添え、	域連合長て後期高齢		治療を受ける病名前を記入	