

記入見本

後期高齢者医療特定疾病認定

届出をする方について
記入してください

届出者名	日野 一郎	本人との関係	長男
届出者住所	日野市日野●●●●	連絡先電話番号	042-●●●●-●●●●

被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012
被保険者	フリガナ	ヒノ タロウ	個人番号（マイナンバー）を記入してください
	氏名	日野 太郎	
	生年月日	●年 ●月 ●日	
	住所	日野市神明●丁目●の●	
疾病の	人工腎臓を実施している慢性腎不全 など		

被保険者本人について記入してください

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

届出をする日を記入してください

【 担当処理欄 】

適用	認定	適用（却下）日
	却下	

訂正するときは、二本線で消した横に届出者のサイン（フルネーム）し、正しい内容を記入してください。

※修正液等は使わないでください。

例) 届出者が日野一郎、住所を3丁目から1丁目に訂正する場合

日野市神明 ~~3丁目~~ 1丁目
日野 一郎