様式第 18 号（第 11 条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

記載例

届　出　者　名	静岡　太郎	本人との関係	本人
届 出 者 住 所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号	連　絡　先 電 話 番 号	〇〇〇－〇〇〇〇

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号（マイナンバー）	

被保険者	フリガナ	シズオカ　タロウ
	氏　　名	静岡　太郎
	生年月日	昭和〇〇　年　〇　月　〇　日
	住　　所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号
疾病の名称		人工腎臓を実施している慢性腎不全

（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。

令和　〇　年　〇　月　〇　日