

【記入例】

様式第33号 (第21条関係)

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

市町担当窓口で申請を行う方
(家族、施設職員等)の氏名
等を記入してください。

届出者名	広域 連太郎	本人との関係	子
届出者住所	高松市福岡町2丁目3番2号	連絡先電話番号	0123-456-789

被保険者番号	1 9 8 0 0 7 0 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
被 保 険 者	フリガナ	コウイキ レンゴロウ		
	氏名	広域 連五郎		
	生年月日	昭和12年 3月 4日		
	住所	高松市福岡町2丁目3番2号		

被保険者番号、個人番号、
被保険者の氏名等を記入
してください。

疾病の名称	人工腎臓を実施している慢性腎不全
-------	------------------

疾病の名称を記入してください。

香川県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

平成28年 1月 5日

申請者 住所 高松市福岡町2丁目3番2号

被保険者の住所、氏名を記入し、押印してください。

氏名 広域 連五郎

