

個人番号はわからない場合、空欄可

被保険者番号		1 2 3 4 5 6 7 8	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 タロウ													
	氏名	広域 太郎													
	生年月日	昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日													
	住所	岐阜市柳津町宮東1丁目1番地													
疾病の名称		慢性腎不全		<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性腎不全</li> <li>血友病</li> <li>後天性免疫不全症候群のいずれ</li> </ul>											
医 師 の 意 見 欄	疾病名														
	<p>上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。</p> <p>年 月 日</p> <p>名称</p> <p>医療機関の</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p>														
<p>岐阜県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、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。</p> <p>令和△△年 △△月 △△日</p> <p>申請者 住所 岐阜市柳津町宮東1丁目1番地</p> <p>氏名 広域 太郎</p> <p>電話 (〇〇〇) □□□-△△△△</p>															