

記入例

- ・被保険者ご本人が来庁される場合はご本人を記入してください。
- ・代理人が来庁される場合は代理人を記入してください。

届出者名	前橋 市郎	本人との関係	長男
届出者住所	前橋市大手町一丁目1番1号	連絡先電話番号	027-898-5955

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	マエバシ タロウ	
	氏名	前橋 太郎	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ○○年 ○○月 ○○日	
	住所	前橋市大手町二丁目12番1号	
疾病の名称	人工透析を実施している慢性腎不全		

(あて先) 群馬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。

○○年○○月○○日