様式第 17 号

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名		本人との 関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

被保険者番号			個人番号												
被保険者	フリガナ														
	氏名														
	生年月日														
	住所														
疾病の名称															

大阪府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