

記入例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	窓口に来る方をご記入ください。 身分証明書のご提示が必要となります。	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	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	川口市青木2-1-1	
特定疾病認定証を申請される被保険者の方をご記入ください 申請時には身分証明書のご提示が必要となります			

医 師 の 意 見 欄	疾病の名称	1 人工腎臓（人工透析）を実施している慢性腎不全
		2 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害
		3 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群
	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年 月 日 医療機関 名称 所在地 医師名	
医師の記入欄です		印

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて特定疾病療養受療証の交付を申請します。

年 月 日