

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		
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	
<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>医療機関 名称</p> <p>所在地</p> <p>医師名</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

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