

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		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏名	
	個人番号	
	生年月日	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
	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 <span style="float: right;">㊞</span>	
<p>埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>		