

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	
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		