

記入例

様式第38号（第21条関係）

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	和光 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	和光市広沢1-5	連絡先電話番号	464-1111

被保険者番号		
被保険者	フリガナ 氏名 個人番号 生年月日 住所	記入された方のお名前をご記入 ください。
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 年 月	医師記入欄のため 記入不要
	医療機関名稱 所在地 医師名	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		