

記入例

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	記入された方のお名前をご記入 ください。	
	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 年 月	医師記入欄のため 記入不要	ん。
	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