

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	明治・大正・昭和 年 月 日
	住所	

医 師 の	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

意 見 書	上記のとおり診察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
