

記入例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	坂戸市千代田 1-1-1	本人との関係	本人
届出者住所	坂戸 後期	連絡先電話番号	049-283-1331

被保険者番号		0*****	
被 保 険 者	フリガナ	サカド コウキ	
	氏名	坂戸 後期	
	個人番号		
	生年月日	昭和 ●年 ○○月 ▲▲日	
	住所	坂戸市千代田 1-1-1	
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。			
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関 名称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>			
<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 style="text-align: center;">令和○年 ○月 ○日</p>			

医療機関  
記入欄