

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			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				
--	--	--	--	--