記入例

後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	朝霞　太郎	本人との関係	本人
届出者住所	朝霞市本町１－１－１	連絡先電話番号	048-463-1928

被保険者番号	１２３４５６７８	個人番号	記入しないでください。

被保険者	フリガナ	アサカ　タロウ
	氏名	朝霞　太郎
	生年月日	昭和　２０年　１月　１日
	住所	351-０００１ 朝霞市 本町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。

元号　◯年　◯月　◯日