

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

医 師 の 意 見 欄	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