

# 記入例

来庁される方(記入される方)の氏名等をご記入ください。  
(電話番号は日中に連絡が取れるものをご記入ください。)

## 後期高齢者医療特定疾病認定申請書

届出者名	後期 太郎	本人との関係	子
届出者住所	北本市本町〇丁目〇番地	連絡先電話番号	048-****-****

被保険者番号	被保険者証の上部に記載されている被保険者番号をご記入ください。		
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ	
	氏名	後期 花子	
	個人番号	※記入不要です。	
	生年月日	S20年 1月 11日	
	住所	北本市本町△丁目△番地	

被保険者の方の氏名・生年月日・性別・住所をご記入ください。

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Ⅳ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅲ因子障害
		3 肺動脈血酸素飽和度が持続的に90%未満を呈している
	上記のとおり診療を受 年 月 日	※点線枠内は、医師による記入が必要です。
		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

申請日(記入日)をご記入ください。