

様式第1号

※ 添付書類 ①診断書 ②住民票の写し(住所変更をしない更新の場合は不要)
 ③特定疾病療養受療証の写し(第Ⅷ因子・第Ⅸ因子欠乏症および血液製剤に起因するHIV感染症の方のみ)が必要です。

公費負担者番号	5	1	1	4	7	0	1	5
受給者番号	9	9						

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書(新規・更新)

受給者	(ふりがな) 氏名			性別	男・女
	生年月日	年 月 日生(歳)		職業	有・無
	住所				
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄
保険等の種類		健保・船員・共済 国保・国保組合・後期高齢		被保険者証の記号番号	
被保険者証発行機関名					
所在地					
病名	1 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症 2 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症 3 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症 4 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症 5 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A) 6 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)		7 第Ⅹ因子(スチュアートブラウア因子)欠乏症 8 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症 9 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症 10 第ⅩⅢ因子(フィブリノゲン安定化因子)欠乏症 11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病 12 その他		
医療機関	名称			名称	
	所在地			所在地	
上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を申請します。 年 月 日 神奈川県知事 殿 申請者住所 (郵便番号) _____ (ふりがな) 氏名 電話番号 _____ 続柄(受給者からみて)					

経由保健所			受理	年 月 日
			進達	年 月 日
決定	承認	給付期間	年 月 日から 年 月 日まで	不承認
		受給者証交付日	年 月 日	
備考				