

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	氏名	(ふりがな)							
	生年月日	年	月	日	問合せ先電話番号				
	住所	(〒 -)							
	マイナンバー								
	医療保険	被保険者氏名				患者からみた被保険者			
		記号・番号 又は 被保険者番号				保険者名称			
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(スチュアートプラウア因子)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 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症								
医療機関	名称								
	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証の交付を申請します。 年 月 日 神奈川県知事 殿 ☐ 受給者氏名									
申請者(送付先)は、受給者氏名・住所と同じである。 (同じ場合は□に✓を、異なる宛名へ送付希望の場合は、下記欄に記入してください)									
申請者(送付先)	住所	(郵便番号)							
	(ふりがな)氏名				問合せ先電話番号				
	続柄(受給者からみて								

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									