

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・継続の別		新規・継続				
負担者番号		5	1	4	5	7	0	1	8	受給者番号						
受給者	住所 (〒 -) 電話															
	ふりがな 氏名												性別	男・女		
	生年月日		明・大・昭・平				年		月		日		職業			
	加入医療保険		被保険者氏名											受給者との続柄		
保険等種別			協・組・船・共・国・後			保険者名称										
記号・番号																
医療機関	名称													所在地		
	1															
	2															
	3															
	4															
	5															
	6															
7																
医師意見	疾病名															
	治療研究の方法又は、継続を必要とする理由															

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。

令和 年 月 日

申請者(本人) 住 所

氏 名

申請医療機関 住 所

医療機関名

(代表者名)

担当医師名

宮崎県知事 殿

(注意) 1 添付を必要とする書類

- (1) 特定疾病療養受療証の資格が確認できる書類
(先天性血液凝固第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)、第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染者の方のみ)
 - (2) 医療保険の資格情報が確認できる書類((1)の対象疾患以外の方、継続申請時は変更がなければ不要)
 - (3) 継続申請時は旧受給者証
- 2 新規申請時の助成始期は申請書を受理した日の属する月の初日とします。
3 継続申請の場合は、前回の受給者番号を記入してください。