

指定疾患医療給付新規申請書 (先天性血液凝固因子欠乏症等)

対象患者	フリガナ					
	氏名	姓			名	
	性別 (該当に○)	男・女	生年月日 (該当に○)	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)	
	住所	〒 埼玉県				
	電話番号	()				
	加入医療 保険等	被保険者 氏名			患者との続柄	
	被保険者証 発行機関名			被保険者証の 記号・番号		
病名 (医師の診断病名をそのまま記入)						
臨床調査個人票 記載医療機関名称	名称					
	所在地					
<p>上記のとおり、指定疾患の医療給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p style="text-align: center;">〒 申請者住所^{※1}</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 ⑩ 対象患者 () との続柄</p> <p style="text-align: center;">電話番号^{※2} ()</p> <p><small>※1 申請者氏名は患者本人又は保護者(患者が18歳未満の場合)が自署又は記名押印 ※2 申請者が対象患者本人の場合は、この欄に住所・電話番号の記入は必要ありません。</small></p>						

(注) 添付書類

1. 臨床調査個人票 (ただし、血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症患者については、そのことが確認できる一定の書類により代替可能)
 2. 対象患者の住民票
 3. 患者の加入する健康保険証の写し
 4. 特定疾病療養受療証 (血友病A・B又は血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症患者に限る。)の写し
 5. 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し (小児慢性特定疾病医療給付制度からの切替えの場合のみ)
- ※この申請書は、対象患者の住所地を管轄する保健所へ提出してください。