様式第５号の１

どちらかに○を付けてください。

現在お持ちの受給者証に記載されている事項から変更が（ 無 ・ 有 ）

※有の場合、同封している記載事項変更届出も併せて提出してください。

**指定疾患医療給付継続申請書**

（先天性血液凝固因子欠乏症等）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 今までの有効期間 | 令和　　年　　月　　日から |
| 令和　　年　　月　　日まで |
| 受給者氏名 |   | 性別 | 男女 | 生年月日（該当数字に○） | 　1.大正　2.昭和　3.平成　4.令和 |
| 年　　月　　日（満　　　歳） |
| 加入医療保険等 | 被保険者氏名 |  | 被保険者との続柄 |  |
| 被保険者証発行機関名 |  | 記号・番号 |  |
| 診断病名（臨床調査個人票記載と同病名を記入） |  |
| 　上記のとおり、指定疾患の医療給付の継続を受けたいので申請します。 |
| 　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| （宛先）　　　　埼玉県知事 |
|  | 申請者住所 | 〒　　　　　－ |
|  | 申請者氏名 |  | 受給者との続柄 | （　　　　　） |
|  | 電話番号 | 　　　　　　（　　　　　　　） |

(添付書類)

①　指定疾患医療給付継続申請書（様式第５号の１）

②　臨床調査個人票　[医師記載]（様式第２－９９号）　◎３か月以内に記載されたもの

ただし、血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方については、**以下のいずれかの書類**を提出することにより代替可能です。

（１）裁判による和解調書であって血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者であることが確認できる書類（裁判所により交付されたものに限ります。）の写し

（２）（財）友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるHIV感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された（独）医薬品医療機器総合機構により交付された通知書の写し

③　現在お持ちの指定疾患医療受給者証の写し

④　受給者の被保険者証の写し

⑤（住所・氏名に変更があった場合）変更事項が変わる公的書類の写し（運転免許証＜両面＞の写しなど）

⑥　被保険者証発行機関が発行した特定疾病療養受療証の写し

**※　血友病A・B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方のみ必須**