

# 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		
受給者氏名			性別		生年月日		
加入医療保険等	被保険者 氏名				被保険者 との続柄		
	保険者名				加入医療保険 の記号・番号		
診断病名 (臨床個人票欄 と同様を記入)							
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。 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 ( ) <small>※申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）の記名</small>							

(添付書類)

① 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

② 受給者の医療保険の資格情報が確認できる資料

③ (住所・氏名に変更があった場合) 変更事項が分かる公的書類の写し(運転免許証<両面>の写し等)

④ 保険者が発行した特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料

**※ 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**