

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 (臨床調査個人票 と同病名を記入)							
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(宛先) 埼玉県知事</p> <p>〒</p> <p>申請者住所</p> <p>申請者氏名 受給者との続柄 ( )</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>※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</p>							

(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