

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		生年月日			
	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	
		保険者名			加入医療保険の 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					
上記のとおり、指定疾患の医療給付を申請します。						
年 月 日						
(宛先)						
埼玉県知事						
〒						
申請者住所※1						
申請者氏名						
対象患者 () との続柄						
電話番号※2 ()						
※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）の記名						
※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。						

- (注) 添付書類
- 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）
 - 対象患者の住民票又は現住所を確認できる公的書類の写し(運転免許証＜両面＞の写し等)
 - 患者の加入する医療保険の資格情報が確認できる資料
 - 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。）の資格が確認できる資料
 - 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。