様式第１号

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	
	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

１．臨床調査個人票（ただし、血液凝固因子製剤に起因するＨＩＶ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）

３．患者の加入する医療保険の資格情報が確認できる資料

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ＨＩＶ感染症患者に限る。）の資格が確認できる資料

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。