

(4)先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付継続申請書

(表)

様式第4号(第11条関係)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付継続申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

住所

(申請者) 氏名

受給者との続柄 (印)

電話番号 ( ) -

※代理人による申請の場合

上記の者に、申請を委任します。

(受給者) 住所

氏名

印

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の更新について、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

公費負担者番号		5	1	4	0	7	0	1	3	受給者番号		9	9								
受給者	ふりがな																				
	氏名											職業									
	生年月日	明	・	大	・	昭	・	平	年	月	日	性別	男 ・ 女								
	住所	TEL ( ) -																			
	加入	被保険者氏名										受給者との続柄									
	医療保険	保険種別					政・組・船・共・国・後・介					記号 番号									
治療研究の継続申請期間		年 月 日から										年 3月31日まで									
医療機関	名称																				
	所在地																				
	名称																				
	所在地																				

(保健福祉環境事務所受付印)

- 添付書類
- 1 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証
  - 2 住民票等(運転免許証、加入医療保険証等住所が確認できるもの)の写し
  - 3 加入医療保険証の写し
  - 4 加入医療保険者発行の特定疾病療養受給証の写し(対象患者のみ)
  - 5 疾病ごとに定める必要書類(裏面参照)

※ 変更がある場合は、変更届も一緒に提出してください。

## 様式第4号(裏面)

## 【対象疾病別必要書類】

対象疾病の種類	必 要 書 類
先天性血液凝固因子欠乏症 (第8、9因子欠乏症)	・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書(様式第2号) ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し
先天性血液凝固因子欠乏症 (上記以外のもの)	・先天性血液凝固因子障害等治療研究診断書(様式第2号)
血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症	・裁判所発行の和解調書の抄本、または(財)友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるHIV救済事業」の対象者、「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」の対象者、又は「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通知の写し ・加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の写し