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

　　殿

住所

（ 申 請 者 ） 氏名 　　　印

受給者との続柄（　　　　　）

　　　　　　　電話番号　（　　　 ）　　 －

※代理人による申請の場合

自著する場合は押印を省略することができます。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | ５ | １ | ４ | ０ | ７ | | ０ | １ | ３ |  | | | | ９ | | ９ | |  | |  |  |  |  |
| 受          給          者 |  |  | | | | | | | | | | 職　　業 | | | |  | | | | | | | | |
| 氏　　　名 |  | | | | | | | | | |
|  | 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 | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | 協・組・船・共・国・後・介 | | | | | | | | 記号　　　　番号 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 年 　 月 　 日から　　 　年　３ 月３１日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受  療  医  療  機  関 | 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | （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療証の写し（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】

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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 |