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

自署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 |  | | | | | | | | | |
|  | 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
|  | 保険者名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | 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　住民票又はその他の現住所を確認できる書類の写し  ３　加入医療保険者発行の特定疾病療養受療証の資格を確認できる書類（対象患者のみ）  ４　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資格を確認できる書類 |
| 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資格を確認できる書類 |