様式第５号の１

どちらかに○を付けてください。

現在お持ちの受給者証に記載されている事項から変更が（ 無 ・ 有 ）

※有の場合、同封している記載事項変更届出も併せて提出してください。

**指定疾患医療給付継続申請書**

（先天性血液凝固因子欠乏症等）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 |  |  | |  | |  |  | |  | | |  | 今までの  有効期間 | 令和　　年　　月　　日から | | | |
| 令和　　年　　月　　日まで | | | |
| 受給者氏名 |  | | | | | | | | | 性  別 | 男  女 | | 生年月日  （該当数字に○） | 1.大正　2.昭和　3.平成　4.令和 | | | |
| 年　　月　　日（満　　　歳） | | | |
| 加入医療  保険等 | 被保険者 氏名 | |  | | | | | | | | | | | 被保険者 との続柄 | |  | |
| 被保険者証発行機関名 | |  | | | | | | | | | | | 記号・番号 | |  | |
| 診断病名  （臨床調査個人票記載  と同病名を記入） |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、指定疾患の医療給付の継続を受けたいので申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （宛先）  　　　　埼玉県知事 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | 申請者住所 | | | 〒　　　　　－ | | | | | | | | | |
|  | | | | | 申請者氏名 | | |  | | | | | | | 受給者と  の続柄 | | （　　　　　） |
|  | | | | | 電話番号 | | | （　　　　　　　） | | | | | | | | | |

(添付書類)

①　指定疾患医療給付継続申請書（様式第５号の１）

②　臨床調査個人票　[医師記載]（様式第２－９９号）　◎３か月以内に記載されたもの

ただし、血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方については、**以下のいずれかの書類**を提出することにより代替可能です。

（１）裁判による和解調書であって血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者であることが確認できる書類（裁判所により交付されたものに限ります。）の写し

（２）（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」又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤による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（独）医薬品医療機器総合機構により交付された通知書の写し

③　現在お持ちの指定疾患医療受給者証の写し

④　受給者の被保険者証の写し

⑤（住所・氏名に変更があった場合）変更事項が変わる公的書類の写し（運転免許証＜両面＞の写しなど）

⑥　被保険者証発行機関が発行した特定疾病療養受療証の写し

**※　血友病A・B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方のみ必須**