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 | | | | |
| 性　　別 | |  | | 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。