

年 月 日

岩手県知事 様

(〒 - )(電話 - - )

申請者 住 所

氏 名 印

受給対象者から見た続柄

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を次のとおり申請します。

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 追加		受給者番号							
受給対象者	氏名	ふりがな		明大昭平		性別	男 女			
	住所	(〒 )(電話 ) 市 村 町								
	加入	被保険者氏名			受給対象者との続柄					
	医療	保険の種類	国保 ・ 健保(協会 ・ 組合) ・ 船保 ・ 共済 ・ 退職国保 ・ 後期 ・ その他( )							
保 険	被保険者証発行機関名及び番号	[ 番号 ]		被保険者証の記号番号						
	発行機関の所在地									
受療医療機関	名 称			所 在 地						

- (注) 1. 医師の診断書を添付すること。(血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の患者を除く。)
2. 特定疾病療養受療証の写しを添付すること。(血友病A、血友病B及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症の患者に限る。)
3. 住民票又は住所が確認できる健康保険証等の写しを添付すること。
4. 更新及び追加申請の場合は、現に受けている受給者番号を記入すること。