

公費負担者番号	5	1	1	4	7	0	1	5
受給者番号	9	9						

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書(新規・更新)

受給者	氏名 <small>(ふりがな)</small>						
	生年月日	年	月	日	問合せ先 電話番号		
	住所	<small>(〒 - )</small>					
	医療保険	被保険者氏名			患者からみた 被保険者	本人・本人以外	
		記号・番号 又は 被保険者番号			保険者名称		
病名	1 第I因子(フィブリノゲン)欠乏症 2 第II因子(プロトロンビン)欠乏症 3 第V因子(不安定因子)欠乏症 4 第VII因子(安定因子)欠乏症 5 第VIII因子欠乏症(血友病A) 6 第IX因子欠乏症(血友病B)			7 第X因子(スチュアートブラウア因子)欠乏症 8 第XI因子(PTA)欠乏症 9 第XII因子(ヘイグマン因子)欠乏症 10 第XIII因子(フィブリノゲン安定化因子)欠乏症 11 von willebrand(フォン・ヴィルブランド)病 12 血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症			
医療機関	名称						
	所在地						
<p>上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>神奈川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">受給者氏名 _____</p>							
<p><input type="checkbox"/> 申請者(送付先)は、受給者氏名・住所と同じである。 (同じ場合は□に✓を、異なる宛名へ送付希望の場合は、下記欄に記入してください)</p>							
申請者 (送付先)	住所	<small>(郵便番号 )</small>					
	氏名 <small>(ふりがな)</small>	_____			問合せ先 電話番号	_____	
	続柄(受給者からみて)	_____ )					

決定	承認	給付期間	年 月 日から	年 月 日まで	不承認
		受給者証交付日	年 月 日		
備考					