

(様式1号)

※欄は記入しないこと。

整理番号	※		公費負担医療の受給者番号※						
有効期間	※	年	月	日	～	年	月	日	

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)

患者	氏名				電話番号							
	住所											
	生年月日	年			月	日						
加入医療保険	保険種別	1 協会 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期										
	記号番号	(記号)				(番号)						
	保険者番号				保険者名							
病名	(1) 第Ⅰ因子(フィブリゲン)欠乏症				(7) 第Ⅹ因子(スチュアートプラウア)欠乏症							
	(2) 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症				(8) 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症							
	(3) 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症				(9) 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症							
	(4) 第Ⅷ因子(安定因子)欠乏症				(10) 第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症							
	(5) 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)				(11) von Willebrand(フォン・ウィルブラント)病							
	(6) 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B)				※ 該当の病名に○印							
治療状況	入院	年			月	日	通院	年			月	日
医療機関の名称				診察科目		所在地						
上記の通り、先天性血液凝固因子障害医療受給者証の交付を申請します。												
年				月	日			〒				
				住所		_____						
				氏名		_____						
				患者との続柄 () 電話番号 _____			
熊本県知事				様								

(注) 1 新規申請の場合は医師の意見書、加入する医療保険が確認できる資料、特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料、患者本人の住民票又はその他の現住所を確認できる書類を添付すること。