様式３号

受給者番号							

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証更新申請書

氏名	カタカナ		ＴＥＬ	（　　）　　―
	漢字		生年月日	年　　月　　日
住所		（〒　　―　　）		

医療機関	医療機関の名称	医療機関の所在地
	①	
	②	
	③	

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更新を申請します。

年　　月　　日

申請者　　住　所

氏　名　　続 柄（受給者の　　）

熊本県知事　　様

※以下は医療機関で御記入ください。（上記①～③の医療機関のうち１医療機関のみの記載で可）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証更新申請に伴う意見書

該当する病名に〇印をつけて下さい。

① 第Ⅷ因子欠乏症（血友病Ａ）	②第Ⅸ因子欠乏症（血友病Ｂ）	③フォン・ヴィルブランド病
④ 第Ⅰ因子（ﾌｨﾌﾞﾘﾉｹﾞﾝ）欠乏症	⑤第Ⅱ因子（ﾌﾟﾛﾄﾛﾝﾋﾞﾝ）欠乏症	⑥第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症
⑦ 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症	⑧第Ⅹ因子（ｽﾁｭｰｱｰﾄﾌﾞﾗｳｱ）欠乏症	⑨第ＸⅠ因子（ＰＴＡ）欠乏症
⑩ 第ＸⅡ因子（ﾍｲｸﾞﾏﾝ因子）欠乏症	⑪第ＸⅢ因子（ﾌｨﾌﾞﾘﾝ安定化因子）欠乏症	

現在の症状及び更新を必要とする理由

更新を要する期間	年　月　日から 年　月　日まで	入院・通院の別	１　入　院 ２　通　院

上記のとおり診断する。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主 治 医 氏 名