様式第１号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　岩手県知事 　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　-　　　　）（電話　　　　-　　　-　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | (ふりがな)  氏　名 | |  | | | 年　　月　　日生 | | | | | | | | | |  | | | |
| 住　所 | | （〒　　　　　　）（電話　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　市  　　　　　　　　　　町  　　　　　　　　　　村 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 加　入  医　療  保　険 | | 被保険者  氏　　　名 |  | | | | | | 受給対象者  との続柄 | | | |  | | | | | |
| 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（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 発行機関名  及び番号 | 〔番号　　　　　　　〕 | | | | 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資格が確認できる資料を添付すること。（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．住民票又はその他の現住所を確認できる書類を添付すること。

　　　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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　（Ａ４）