

※欄には何も記入しないでください。

受給者番号※					
--------	--	--	--	--	--

先天性血液凝固因子障害等医療給付申請書 (新規)					
患者	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	年	月	日(満歳)	職業
	住所	〒 - (電話)			
医療機関	名称		所在地		
	①				
	②				
	③				
	④				
加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄		
	保険種別	協・組・船・共・国・後・介	記号・番号		
	保険者名				
過去の医療給付受給歴 (該当者のみ記入)	都道府県名		交付年月日	令和	年 月 日
	受給者番号		承認期間	令和	年 月 日から 令和 年 月 日まで
<p>上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等の医療給付を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>(患者との続柄)</p> <p>群馬県知事 へ</p>					

注意事項 ① 医療機関の欄は、対象疾患の医療を受けている医療機関を記入してください。

② 給付開始は、申請書を受理した日からを原則とします。

添付書類については、裏面を参照してください。

第1・2・5・7・8・9・10・11・12・13 因子欠乏症
又はフォン・ウィリアムズ病に係る申請の場合

添付書類

- ① 住民票（個人番号の記載がないものに限る）
又はその他の現住所が確認できる書類
- ② 診断書（様式2）
- ③ 特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料
（第8・9 因子欠乏症及び血液凝固因子製剤に
起因する HIV 感染症の患者に限る）

上記以外の疾患に
係る申請の場合

添付書類

- ① 住民票（個人番号の記載がないものに限る）又はその他の
現住所が確認できる書類
- ② 次に示す4 つの内 いずれか1 つの書類
 - 1. 裁判所による和解調書の抄本
 - 2. 「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」
の対象者であることが示された通知書の写し
 - 3. 「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援
事業」の対象者であることが示された通知書の写し
 - 4. 「エイズ発症予防に資するための血液製剤による
HIV 感染者の調査研究事業」の対象者であること
が示された通知書の写し
- * ただし、2.3.4.は、友愛福祉財団が実施する事業であり、
医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により発行された
通知書に限る。
- ③ 特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料
（第8・9 因子欠乏症及び血液凝固因子製剤に
起因する HIV 感染症の患者に限る）