

(様式1)

新規 継続 医療機関追加

受給者番号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書					
受給者	ふりがな		性別	身体障害者手帳 有・無 (年 月から 種 級)	
	氏 名		男・女	特定疾病療養受療証 有・無 (年 月から)	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日			
給	住 所	〒			
	電話番号				
者	加 入 医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保 険 種 別	協会けんぽ(社保)・健組・船員・共済・国保・退職国保・後期高齢		
		発行機関名			
		所 在 地			
		福祉医療証の有無	有 ・ 無		
病 名					
医療機関名称	2 箇所以上ご利用の方は裏面へ				
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。					
奈 良 県 知 事 殿 令 和 年 月 日					
申請者	申請者氏名 (原則受給者)		受給者との続柄		
	住 所	〒			
	電話番号				

<添付書類> 継続申請時に下記の書類を添付してください。

○先天性血液凝固因子障害による申請者の方

1. 医師の診断書(様式2)
2. 健康保険証の写し
3. 下に該当する方は特定疾病療養受療証の写し※ (お持ちでない方は手続きしてください)
(第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)、第Ⅸ因子欠乏症(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)

※「特定疾病療養受療証」の申請先は保険者(健康保険証の発行機関)になります。
手続き等詳細については保険者へお問い合わせください。

○血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症による申請者の方

1. 裁判所による和解の抄本(裁判所により交付されたものに限る)の写し、または医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により交付された下記通知書のいずれか
(財)友愛福祉財団が実施する ①「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
②「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援者」の対象者
③「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
2. 健康保険証の写し
3. 特定疾病療養受療証の写し※

* 継続申請の場合は医師の診断書(様式2)でも可です

提出先・照会先 〒630-8501 奈良市登大路町30番地 奈良県健康推進課 難病・医療支援係
TEL : 0742 - 27 - 8660

複数医療機関受給者用記入欄（2箇所目からはこの面にご記入ください）

医療機関名称	
医療機関名称	
医療機関名称	
医療機関名称	
医療機関名称	