

(第8号様式)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書										受給者番号					
(訪問看護更新用)															
フリガナ										性別	男 ・ 女				
氏 名															
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日						年齢	歳				
住 所	〒									電話 ()					
保 険 種 別	協会けんぽ・健保組・共済・国保 退職国保・船員・後高				被保険者 との関係				本人 ・ 家族						
特 定 疾 病 療 養 受 療 証	なし ・ あり														
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 証 明 欄	病 名														
	訪 問 看 護 指 示 医 療 機 関														
	主 治 医 氏 名														
	訪 問 看 護 指 示 期 間														
	令和 年 4 月 1 日以降も、上記医療機関（主治医）の指示にもとづき先天性血液凝固因子障害等治療研究事業における訪問看護を実施します。 令和 年 月 日 所在地 訪問看護ステーション名 訪問看護ステーション管理者名														
医 療 機 関 コ ー ド										電話	()				
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 申請者住所 〒															
申請者氏名（原則本人） ※署名または記名押印（本人以外の際は続柄） (続柄)															
電話番号															

※この申請様式は**訪問看護専用**の様式です。

※現在お持ちの受給者証に記載された医療機関から訪問看護指示書の発行を受けてください。
受給者証に記載されていない医療機関の場合は公費負担できません。

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