

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書			
区 分		1 新規 2 更新	
対 象 患 者 (受 給 者)	ふりがな		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	職 業
	住 所	(〒 -) 岐阜県 (電話 - -)	
	加入 医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名	対象患者 (受給者) との続柄
	保 険 種 別	1 社保本人 2 社保家族 (政府・組合・船員・共済・その他) 3 国保(-般) 4 国保(退職者本人) 5 国保(退職者家族) 6 後期 7 介護	
	被保険者証 発行機関名		
	所 在 地		
申 請 者	氏 名	<input type="checkbox"/> 対象患者 (受給者) に同じ	対象患者 (受給者) との続柄 患者の <input type="checkbox"/> 本人
	住 所	<input type="checkbox"/> 対象患者 (受給者) に同じ (電話 - -)	
病 名	1. 第Ⅰ因子 (フィブリノゲン) 欠乏症 7. 第Ⅹ因子 (スチューアトプラア) 欠乏症 2. 第Ⅱ因子 (プロトロンビン) 欠乏症 8. 第Ⅺ因子 (PTA) 欠乏症 3. 第Ⅴ因子 (不安定因子) 欠乏症 9. 第Ⅻ因子 (ヘイグマン因子) 欠乏症 4. 第Ⅶ因子 (安定因子) 欠乏症 10. 第Ⅻ因子 (フィブリン安定化因子) 欠乏症 5. 第Ⅷ因子欠乏症 (血友病A) 11. von willebrand (フォン・ウィルブランド) 病 6. 第Ⅸ因子欠乏症 (血友病B)		
医療の受給を 受けようとする 期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
医 療 機 関	名 称		
	所 在 地	(〒 -)	※医療機関コード
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。 申請者氏名 _____ 年 月 日 岐阜県知事 様			
県 決 定 事 項		保健医療課受付印	経由保健所受付印

(注) 記入欄中の口は、該当があればレと記入してください。
 ※医療機関コードは、保健所記入欄ですので記入しないでください。

先天性血液凝固因子障害等医療受給医療機関名届

年 月 日

岐阜県知事 様

受給者番号	申請書に同じ		
住 所	申請書に同じ		
氏 名		生年月日	申請書に同じ

現在、受療している医療機関は下記のとおりです。

区 分	名 称	所在市町村名
病院・診療所名	1 申 請 書 に 同 じ	申請書に同じ
	2	
	3	
調 剤 薬 局 名	1	
	2	
	3	

注) 病院・診療所名の1には更新の申請書に記載の医療機関名としてください。

所在市町村名は、岐阜県外の場合は県名を付記してください。(例 愛知県名古屋市)

県と契約した委託医療機関以外の医療機関の医療費は公費負担としての取扱いはできませんので、注意してください。