

(様式1号)

※欄は記入しないこと。

整理番号	※		公費負担医療の受給者番号※						
有効期間	※	年	月	日	～	年	月	日	

先天性血液凝固因子障害医療受給者証交付申請書(新規)

患者	氏名			性別	男・女			
	住所							
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日			
加入医療保険	保健種別	1 政府 2 組合 3 船員 4 共済 5 国保 6 後期						
	記号番号	(記号)		(番号)				
	保険者番号			被保険者証発行機関名				
病名	(1) 第Ⅰ因子(フィブリゲン)欠乏症 (7) 第Ⅹ因子(スチュアートプラウア)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Ⅷ因子(安定因子)欠乏症 (10) 第ⅩⅢ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・ウィルブラント)病 (6) 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B) ※ 該当の病名に○印							
治療状況	入院	年	月	日	通院	年	月	日
医療機関の名称		診察科目		所在地				
上記の通り、先天性血液凝固因子障害医療受給者証の交付を申請します。								
年		月		日				
				〒				
				住所 _____				
				氏名 _____				
				患者との続柄 () 電話番号 _____				
熊本県知事				様				

(注) 1 新規申請の場合は医師の意見書、特定疾病療養証の外、患者本人の住民票を添付すること。