

様式 1 - 2 (表)

先天性血液凝固因子障害等医療給付申請書 (継続)				
受給者番号		----	----	----
患者	ふりがな 氏名	-----		性別 男 ・ 女
	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (満 歳)	職業
	住所	〒 ----- (電話 -----)		
医療 機 関	名 称		所 在 地	
	①			
	②			
	③			
加入 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	被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名			
<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 style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">(患者との続柄 -----)</p> <p>群馬県知事 あて</p>				

- 注意事項 ① 医療機関の欄には、前年度に給付を受けていたうち、継続して受給する予定の医療機関を記入してください。
- ② 医療を受ける実施医療機関の医師が裏面診断書に記入してください。
- ③ 住民票（個人番号の記載がないものに限る）又は住所が確認出来る健康保険証等の写しをつけてください。
- ④ 特定疾病療養受療証の写しをつけてください（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）。

診 断 書		
患者	氏名	男・女 大・昭 平・令 年 月 日 (歳)
	住所	
疾患	1 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症 2 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症 3 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症 4 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症 5 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A) 6 第Ⅸ因子欠乏症(血友病B) 7 第Ⅹ因子(スチュアート・プロウア因子)欠乏症 8 第Ⅺ因子(P T A)欠乏症 9 第Ⅻ因子(ヘグマン因子)欠乏症 10 第Ⅻ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症 11 von Willebrand(フォン・ウィルブラント)病	
治療状況	1 入院 2 通院	
症状の概要		
検査結果		
治療方法		
治療見込期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日迄	
上記のとおり診断します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 医療機関所在地 名 称 医 師 氏 名		

- 注) 1 疾患欄は、該当する疾患名を○で囲んでください。
 2 治療状況欄は、現在の状況を記入してください。
 3 治療見込期間は、当該年度の末日を限度として記入してください。