第１号様式（第９、12 関係）

公費負担者番号	５	１	０	２	７	０	１	９
受給者番号								／

申請の種類	新　規　・　更　新

㊤　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		生年月日	年　　月　　日（満　　歳）
	氏　名			
	住　所	〒 電話　　（　　）		
	加入医療保険	保険者名		
		保険種別	協会けんぽ ・ 健組 ・ 共済 ・ 国保 ・ 後期高齢 ・ 国組	
		被保険者名		受給者との続柄

疾患名	１　先天性血液凝固因子欠乏症（疾患名：　　）
	２　血液凝固因子製剤に起因するＨＩＶ感染症

受療医療機関	医療機関名	所在地（市区町村名）

上記のとおり、関係書類を添えて、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。

年　　月　　日

〒
住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（受給者との続柄：　　）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

青森県知事　　殿

【添付書類】

１　新規及び更新

□先天性血液凝固因子障害等治療研究対象患者診断書（第２号様式）

□医療保険の資格情報が確認できる書類

□現住所が確認できる書類

□特定疾病療養受療証に係る情報が確認できる書類（血友病Ａ、血友病Ｂ又はＨＩＶ感染症の方のみ）　※ 血液凝固因子製剤に起因するＨＩＶ感染症の方は必要な書類が異なりますので担当課にご確認ください。

２　転入

□転入前に他都道府県から交付を受けた受給者証の写し

□青森県に転入後の住民票

□医療保険の資格情報が確認できる書類

□特定疾病療養受療証に係る情報が確認できる書類