

様式1

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書				
受	フリガナ 氏名			
	生年月日	(元号) 年 月 日	職業	
	住所	(電話) ()		
給	加入 医療 保険	被保険者等氏名		受給者との続柄
		保険種別	協・組・船・共・国・(後・介)	
		記号・番号		
		保険者名		
		所在地		
申請者	氏名		受給者との続柄	
	住所	(電話) ()		
医療機関	名称			
	所在地			
	名称			
	所在地			
申請者氏名	名称			
	所在地			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>(元号) 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">知事殿</p>				

様式 2

(表 面)

①		先天性血液凝固因子障害等医療受給者証					
公費負担番号							
公費負担医療の受給者番号							/
受給者	居住地						
	氏名						
	生年月日	(元号) 年 月 日生					
受療医療機関	所在地						
	名称						
	診療科目						
	所在地						
	名称						
	診療科目						
	所在地						
名称							
有効期間		(元号) 年 月 日					
		(元号) 年 月 日					
都道府県 知事名及び印							
交付年月日		(元号) 年 月 日					

(備考) 日本工業規格B列7番 (91×128)

(裏 面)

注 意 事 項

1. この証を交付された方は、保険診療を受けた場合、自己負担分を支払わな
いで診療を受けることができます。
2. 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出して
ください。
3. 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは
〇〇日以内に、〇〇〇知事にその旨届け出てください。
4. 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は都（道府県）外へ転
出したときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還してください。
5. この証を破損したり、汚したり又は紛失したりしたときは、〇〇〇知事に
その旨届け出てください。
6. この証の有効期間満了後も引き続き医療を受けようとするときは、〇〇日
以内に更新の手続きをとってください。
7. その他先天性血液凝固因子障害等の医療の受給に関する問合せがありま
したら、下記に連絡してください。

〇〇〇部（局） 〇〇〇課 〇〇〇係（TEL 〇〇〇〇〇〇）

様式3-1

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

(元号) 年 月 日
請求者 住 所
氏 名

殿

請求金額 金 円 ((元号) 年 月分)

受給者証 番 号		患者氏名		請求者との 続 柄	
-------------	--	------	--	--------------	--

※(1)

社会保険診療報酬 請求明細書による 総 医 療 費	点	社会保険等負担分	点	患 者 負 担 分	点
保 険 種 別	1.協会 2.組合 3.船員 4.共済 5.国保 (6.後 7.介護)	保 険 負 担 割 合	1. 9割 2. 8割 3. 7割 4. その他	決 定 額 ※(2)	円
医療機関名					
所 在 地			代 表 者 氏 名		

(注) ※(1) 医療機関記入欄

(2) 記入しないこと

右の口座に振り込んで下さい。	振込	銀行	支店
	口座	普通No.	当座No.

様式3-2

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書（先進医療分）

(元号) 年 月 日
請求者 住 所
氏 名

殿

請求金額 金 円

受給者証 番 号		患者氏名		請求者との 続 柄	
-------------	--	------	--	--------------	--

右の口座に振り込んで下さい。	振込 口座	銀行 普通No.	支店 当座No.
----------------	----------	-------------	-------------

(医療機関記入欄)

実施した先進医療の名称	実施年月日
医療機関名	
所 在 地	代表者 氏 名

※添付書類

- ・上記医療機関が発行した領収証（本請求に係る先進医療分）の写し

様式4

先天性血液凝固因子障害等治療費請求書（先進医療分）

（元号） 年 月 日

殿

請求金額 金 円

受給者証番号		患者氏名	
実施した先進医療の名称			実施年月日
医療機関名			
所在地		代表者氏名	

右の口座に振り込んで下さい。	振込	銀行		支店
	口座	普通No.	当座No.	

※添付書類

- ・本請求に係る先進医療に係る患者の同意書の写し
- ・本請求金額の積算内容がわかる明細書（様式任意）

様式 5

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業報告

都道府県名 _____

(1) 治療研究費の年度実績

(単位：円)

	医療費（公費負担額）		食事療養費（公費負担額）	
	血友病 A・B 及び血液製剤に起因する HIV 感染症の患者分	第Ⅷ、Ⅸ因子以外の欠乏症及びフォン・ヴィルブランド病の患者分	血友病 A・B 及び血液製剤に起因する HIV 感染症の患者分	第Ⅷ、Ⅸ因子以外の欠乏症及びフォン・ヴィルブランド病の患者分
年度				

(2) 対象患者数内訳

(単位：人)

	血友病 A	血友病 B	血液製剤に起因する HIV 感染症の患者		第Ⅷ、Ⅸ因子以外の欠乏症及びフォン・ヴィルブランド病の患者
			20 歳以上	20 歳未満	
年度					

(3) 小児慢性特定疾患治療研究事業から本事業への移行者数

(単位：人)

	血友病 A	血友病 B	第Ⅷ、Ⅸ因子以外の欠乏症及びフォン・ヴィルブランド病の患者
年度			