

どちらかに○を付けてください。

現在お持ちの受給者証に記載されている事項から変更が（無・有）
※有の場合、同封している記載事項変更届出も併せて提出してください。

様式第5号の1

指定疾患医療給付継続申請書

(先天性血液凝固因子欠乏症等)

受給者番号						今までの有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
受給者氏名			性別	男 女	生年月日 (該当者○)		1.大正 2.昭和 3.平成 4.令和 年 月 日 (満 歳)
加入医療保険等	被保険者氏名					被保険者との続柄	
	被保険者証発行機関名					記号・番号	
診断病名 (臨床調査個人票欄 と同病名を記入)							
上記のとおり、指定疾患の医療給付の継続を受けたいので申請します。 令和 年 月 日 (宛先) 埼玉県知事 〒 ー 申請者住所 申請者氏名 受給者との続柄 () 電話番号 ()							

(添付書類)

- ① 指定疾患医療給付継続申請書（様式第5号の1）
- ② 臨床調査個人票 [医師記載]（様式第2-99号） ◎3か月以内に記載されたもの
ただし、血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方については、以下のいずれかの書類を提出することにより代替可能です。
 - (1) 裁判による和解調書であって血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者であることが確認できる書類（裁判所により交付されたものに限りま。）の写し
 - (2) (財)友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるHIV感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された（独）医薬品医療機器総合機構により交付された通知書の写し
- ③ 現在お持ちの指定疾患医療受給者証の写し
- ④ 受給者の被保険者証の写し
- ⑤ (住所・氏名に変更があった場合) 変更事項が変わる公的書類の写し（運転免許証<両面>の写しなど）
- ⑥ 被保険者証発行機関が発行した特定疾病療養受療証の写し

※ 血友病A・B及び血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者の方のみ必須