

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証継続交付申請書

日中連絡がつながる
番号をお願いします。

受給者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7			
	フリガナ	エメ 知ウ						年齢	20 歳	生年月日	
	氏名	愛媛 太郎								平成18年1月2日	
	住所	〒 790-1234 愛媛県松山市一番町四丁目4番地2							電話番号	080-1234-5678	
	個人番号	012345678									
	加入医療保険	フリガナ	エメ 知ウ						受給者との続柄	本人	
被保険者氏名		愛媛 太郎						医療保険各法等の 記号・番号		123 45 6789	
保険種別		<input checked="" type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 介護		<input type="checkbox"/> 健組 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国組							
保険者名称		全国健康保険協会 愛媛県支部							職業	会社員	

受療医療機関	①	名称	愛媛県立中央病院								
		所在地	松山市春日町83番地								
	②	名称									
		所在地	★県外の医療機関の場合は、所在地を 県名から記入してください。 ★受診希望する医療機関が複数ある 場合、全箇所記入してください。								
	③	名称									
		所在地									
	④	名称									
		所在地									
	⑤	名称									
		所在地									
	⑥	名称									
		所在地									

申請者	愛媛県知事様 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。									
	_____年 _____月 _____日		住所 _____		申請者欄はすべて自書としてください。					
			氏名 _____		(受給者との続柄 _____)(電話番号 _____)					
※住所、電話番号は受給者本人と異なる場合のみ記入 ※受給者本人又は保護者以外の場合は、裏面委任状欄への記載が必要										



*添付書類についての申告欄

①	医師の診断書 ※1	<input checked="" type="checkbox"/>	医師の診断書
②	現住所を確認できる書類 (いずれか1つ)	<input type="checkbox"/>	住民票(概ね3か月以内に発行されたもの。写し可。)
		<input checked="" type="checkbox"/>	マイナンバーカード表面の写し
		<input type="checkbox"/>	マイナンバーを利用した情報照会による確認を希望する ※2 マイナンバー調書+本人確認書類
③	加入医療保険を確認できる書類 (いずれか1つ)	<input type="checkbox"/>	資格確認書の写し
		<input checked="" type="checkbox"/>	マイナポータルからダウンロード出力した資格情報またはマイナポータル画面の写し
		<input type="checkbox"/>	マイナンバーを利用した情報照会による確認を希望する マイナンバー調書+本人確認書類
④	【該当者のみ ※3】 特定疾病療養受療証 (いずれか1つ)	<input type="checkbox"/>	特定疾病療養受療証の写し
		<input checked="" type="checkbox"/>	マイナポータル画面の写し
⑤	【該当者のみ ※4】 マイナンバー調書	<input type="checkbox"/>	マイナンバー調書

※1 血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症患者については裁判での和解調書抄本又は医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により交付された通知書の写し可。

※2 住基ネットに基づき照会を行う関係で、時間を要する可能性及び別途必要書類を求める可能性があることを申し添えます。

※3 血友病 A、血友病 B 及び血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症患者のみ。

※4 ②～④いずれかにおいて、「マイナンバーを利用した情報連携による確認を希望する」にチェックした場合のみ。

*代理人が申請を行う場合は記入してください。

委任状	
・提出のみの代行の場合は記載不要です。	
_____年 ____月 ____日	
(委任者:受給者又は保護者) 氏名_____ (署名)	
私は、次の者に、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の更新申請に関する一切の権限を委任します。	
(代理人:申請者)	氏名_____

▷ *受給者証等の送付先について(申請者住所と異なる場合は下欄に記載してください。)

送付先	〒 _____
-----	---------

備考欄	
-----	--