


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	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				
	住所	〒			電話番号
	個人番号				
	加入医療保険	フリガナ		受給者との続柄	
被保険者氏名					
保険種別		<input 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"/> 後期高齡 <input type="checkbox"/> 国組	医療保険各法等の 記号・番号	
保険者名称			職業		
病名					
受療医療機関	①	名称			
		所在地			
	②	名称			
		所在地			
	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 _____ _____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 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 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 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 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と、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新規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	
-----	--