（様式第１号）

先天性血液凝固因子障害等医療
受 給 者 証 交 付 申 請 書

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を以下のとおり申請します。

年　　月　　日

佐賀県知事　様

申請者	住　所	〒　　－ TEL（　　）　　－			
	氏　名		受給者との続柄		
受給者	ふりがな 氏　名				
	生年月日	年　　月　　日生　（　　歳）			
	住　所	〒　　－ TEL（　　）　　－			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	協・組・船・共・国・後・（　　）		
		被保険者	記号		番号	
	入院時食事療養費の標準負担額減額認定証	有・無			
医療機関	所在地	〒　　－ TEL（　　）　　－			
	名　称				
個人番号	個人番号（マイナンバー）を記載してください。			受付印	
摘要					

※記入もれのないよう注意してください。

【添付書類】

・診断書：様式第８号（血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている方以外）

・住民票（ただし、住民基本台帳ネットワークシステムの利用、または、医療保険の資格情報が確認できる資料により住所が確認できる場合は、省略可能。）

・医療保険の資格情報が確認できる資料（ただし、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できる場合は、省略可能。）

・特定疾病療養受療証の資格情報が確認できる資料（血友病Ａ、血友病Ｂ、血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている方のみ）

・血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けていることが確認できる特定の書類の写し（血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症に関する医療を受けている方のみ）

お預かりした個人情報は、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付に関する事務においてのみ使用し、御本人の承諾なしに第三者に提供することはありません。（提出された診断書の記載内容については、医師に問い合わせを行う場合があります。）