

樣式第 1 (第 6 關係)

先天性血液凝固因子障礙等治療研究事業

新規申請書
継続

愛知県知事殿

年 月 日

申請者住所

氏名

下記のとおり申請します。

記

※※受給者番号

※※通知番号

1						8		健対第	10		—	12										
申請者シメイ			16 1	17 1		20			30	32	患者との続柄	33 34	電話番号	35		40		45 46				
対象患者	フリガナ 氏名	47		50		55		60	61	62	64		生年月日	66		71		73 74				
	フリガナ 住所	75		80		85		90		95		100		105		110		115				
	郵便番号	120	122	—	123		126	事業 申請期間	16 1	17 2	18 19		24	25	26		31					
								年	月	日			年	月	日							
加入医療保険	被保険者 氏名									被保険者 住所												
	保険種別	1 協会けんぽ	2 組合	3 後期高齢	4 船員	5 共済	6 国保	7 健保本人		52												
	保険者 情報	名称											保険者 コード番号	53					60			
		所在地																				
受療機関	記号 番号											特定疾病 の認定	61	1 受けている	2 受けていない							
	名称											※ 医療機関 コード番号	62									
	診療科名																					
	所在地																					
受付欄	※ 保健所受付印・受付番号								※ 経由印・経由年月日								※※ 県受付印					
		保第				—																
	保健所コード番号											年	月	日								