

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

新規
継続

申請書

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 | 17 | | 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 | 47 | | 50 | | | | 55 | | | | | | 60 | 61 | 62 | 64 | 生年月日 | | | | 66 | | | | 71 | | | 73 | 74 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | 職業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | 75 | | | | 80 | | | | 85 | | | | 90 | | | | 95 | | | | 100 | | | | 105 | | | | 110 | | | 115 | | 119 | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 120 | | 122 | — | 123 | | | 126 | 事業申請期間 | | | | 16 | 17 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | 53 | | | | | | 60 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受療機関 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |