

様式第1(第6関係)

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		性別		73 74																													
	氏名																65		年		月		日		72		1 2		職業																																			
	フリガナ																75		80		85		90		95		100		105		110		115		119																													
	住所																120		122		—		123		126		事業申請期間		16 17 18 19		24		25 26		31																													
郵便番号																年		月		日		年		月		日																																						
被保険者氏名																				被保険者住																																												
加入医療保険	保険種別																1		2		3		4		5		6		7		52																																	
																	政管		組合		退職		船員		共済		国保		健保本人																																			
	被保険者証発行機関																名称				所在地				記号番号				61		特定疾病の認定		1 受けている 2 受けていない																															
																												53		60																																		
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																** 經由印・經由年月日																** 県受付印																															
	保第																年																月																日															
	保健所コード番号																																																															