

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書 (新規・更新)									
対象者	氏名	ふりがな							
		氏名							
		生年月日 年 月 日							
	住所	(〒 -)							
		電話(- -)							
	加入医療保険等	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済・国保(市町村・組合)・後期高齢・船員			被保険者証記号・番号			
		被保険者氏名				対象患者との続柄	本人・家族		
		保険証発行機関名				保険者番号			
特定疾病療養受療証		有・無		介護保険利用	有・無				
他の公的医療給付の受給状況		有()・無							
病名									
受療医療機関等	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
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。						保健所收受印欄			
年 月 日									
申請者 住所									
氏名									
(患者との続柄:)									
保健所長 殿									
決定事項	(審査 年 月 日)				受給者番号				

- (注) 1 記入に当たっては、住民票等、加入医療保険証のとおり記入してください。
2 申請の際は、加入医療保険証を持参してください。