

様式 1

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書					
受	フリガナ 氏名		性別	男・女	
	生年月日	明 大 昭 平 年 月 日	職業		
	住所	_____ (電話) _____ ( ) _____			
給  者	加入	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険等種別	政・組・船・共・国・(老・介)		
	医療  保 険	被保険者証 記号・番号		老人医療受給 者証の番号	
		被保険者証 発行機関名			
		所在地			
		老人医療を実施 した市町村			
		申請者	氏名		受給者との続柄
住所	_____ (電話) _____ ( ) _____				
医療 機 関	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
	名称				
	所在地				
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。					
<p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>平成 年 月 日 <span style="float: right;">知事 殿</span></p>					