

様式 2

( 表 面 )

血		先天性血液凝固因子障害等医療受給者証						
公費負担番号								
公費負担医療 の受給者番号								
受給者	居住地							
	氏名							
	生年月日	明 大 昭 平		年		月		日生
受療医療 機関	所在地							
	名称							
	診療科目							
	所在地							
	名称							
	診療科目							
	所在地							
	名称							
有効期間		平成		年		月		日
		平成		年		月		日
都道府県 知事名及び印								
交付年月日		平成		年		月		日

(備考) 日本工業規格B列7番(91×128)

(裏面)

## 注 意 事 項

1. この証を交付された方は、保険診療を受けた場合、自己負担分を支払わないで診療を受けることができます。
2. 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証又は組合員証、老人医療受給者証及び特定疾病療養受療証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
3. 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、  
日以内に、知事にその旨届け出て下さい。
4. 治ゆ、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は都（道府県）外へ転出したときは、速やかに、  
知事に返還して下さい。
5. この証を破損したり、汚したり又は紛失したりしたときは、  
知事にその旨届け出て下さい。
6. この証の有効期間満了後も引き続き医療を受けようとするときは、  
日以内に更新の手続きをとって下さい。
7. その他先天性血液凝固因子障害等の医療の受給に関する問い合わせがありましたら、下記に連絡して下さい。

部（局） 課 係（TEL）