

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			
	生 年 月 日	(元号) 年 月 日	職 業	
	住 所	(電話) ( )		
	個人番号			
給	加 入 医 療 保 険	被保険者等氏名		受給者との続柄
		保 險 種 別	協・組・船・共・国・(後・介)	
		記 号・番 号		
		保 險 者 名		
		所 在 地		
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			
<p>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> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>(元号) 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">知 事 殿</p>				