

様式 1

新 規	公 費 負 担 者 番 号	5	1	0	5	7	0	1	6
継 続	受 給 者 番 号								/

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

◎ 添付書類 1 診断書、 2 住民票等、 3 特定疾病療養受療証(写)

受 給 者	フリガナ				性 別	男 ・ 女
	氏 名					
	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			職 業	
	住 所	電話番号 (— —)				
	加 入	被保険者名			受給者との続柄	
		保険等種別	協・組・共・国・後・介			
		被保険者証 記号・番号				
		被保険者証 発行機関名				
	医 療 保 険	所 在 地				
申 請 者	氏 名				受給者との続柄	
	住 所	〒 電話番号 (— —)				
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。

申請者氏名印

令和 年 月 日

(あて先) 秋田県知事