

(様式4号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証更新申請書

受給者	フリガナ		性別	
	氏名			
	生年月日			
	住所	(〒) _____ (電話) _____ (携帯等) _____	— — — —	
受給者番号		※自治体記入欄：特定疾病療養受療証 有 (A・B) / 無(_____)		
医療機関	医療機関名		所在地	
更新を要する期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
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更新を申請します。 令和 年 月 日 申請者住所 氏名 受給者との続柄 (_____) 長崎県知事 様				

《備考》※自治体記入欄

《受付印》