

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書						
受 給 者	フリガナ			性 別	男・女	
	氏 名					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月	
	住 所	〒 - (電 話) - -				
	加 入 医療保険	保険種別	社保・国保・共済・国保組合・後期高齢			
		保険者名				
		被保険者氏名		受給者との続柄		
記号・番号						
申 請 者	氏 名	受給者と同じ場合は記載不要		受給者との続柄		
	住 所	〒 - (電 話) - -				
病 名						
医 療 機 関	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。						
令和 年 月 日						
長崎県知事 様						