

(新規 ・ 併院)

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 日			
	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					

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