

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書 (新規・更新)										
対象 患者	ふりがな									
	氏名									
	生年月日		年		月		日			
	住所		(〒 -)		電話(- -)					
	加入 医療 保険 等	保険種別	健康保険 (協会けんぽ・組合) ・共済・国保 (市町村・組合) ・後期高齢・船員			記号・番号				
		被保険者氏名				対象患者との続柄		本人・家族		
		保険者名				保険者番号				
特定疾病療養受療証の資格が確認できる資料		有・無		介護保険利用		有・無				
他の公的医療給付の受給状況		有 () ・無								
病名										
受療 医療機関等	所在地									
	名称									
	所在地									
	名称									
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。							保健所收受印欄			
年 月 日										
申請者 住所										
氏名										
(患者との続柄:)										
保健所長 殿										
決定事項	(審査 年 月 日)				受給者番号					

(注) 記入に当たっては、住民票等、医療保険の資格情報が確認できる資料のとおり記入してください。