

第1号様式

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・追加)

受給者	受給者番号						(更新の場合のみご記入下さい)
	ふりがな 氏名					性別	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日					
	住所	(〒 -) TEL () -					
申請者	加入 医療 保険	被保険者氏名				受給者との続柄	
		保険種別	協・組・船・共・国・後				
		被保険者証 記号・番号					
		被保険者証 発行機関名					
		所在地					
医療 機関	1	名称					
		所在地					
	2	名称					
		所在地					
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 (受給者との続柄)</p> <p style="text-align: right;">電話 () -</p> <p>滋賀県知事</p>							