

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 ( 転入 )				
転入年月日		令和 年 月 日		
受給者対象者	受給者番号	※前住所地での受給者番号		
	ふりがな氏名		性別	
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
	住所	(〒 - ) TEL ( ) -		
	加入医療保険	被保険者等氏名		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="padding-left: 150px;">氏名 (受給者との続柄 )</p> <p style="padding-left: 100px;">電話 ( ) -</p> <p>滋賀県知事 三日月 大造 様</p>				

(注) 前住所地で交付されていた受給者証の写しを添付してください。