

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		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		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
	住所	(〒 -) TEL () -	
	加入医療保険	被保険者等氏名	
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 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。