

申請区分	新規	継続
------	----	----

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

対	フリガナ氏名	-----		性別	男・女
	生年月日	年 月 日生（ 歳）		職業	
象	住所	〒 ー		電話番号	
	加入医療	被保険者氏名		患者との続柄	
患	者	被保険者証の記号番号			
		保険者名称			
		所在地	-----		

病名					
----	--	--	--	--	--

医療機関	名称	①	②	③
	所在地			

承認申請期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
--------	-------------------

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。

年 月 日

住所  
申請者  
氏名

印（続柄）

福島県知事

保健所確認欄	契約医療機関 ・ 契約外医療機関	進達年月日	年 月 日
--------	------------------	-------	-------