

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	明・大昭・平 年 月 日生（ 歳）		職業	
象	住所	〒 ー		電話番号	
	患 者	被保険者氏名			患者との続柄
加入医療		被保険者証の記号番号			
保 険 等		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	平成 年 月 日 から 平成 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。

平成 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	平成 年 月 日
--------	------------------	-------	----------