

血 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証	
公費負担者番号	51077014
公費負担医療の受給者番号	
居住地	
氏名	
生年月日	性別
有効期間	
医療機関	①
	②
	③
平成 年 月 日	
福島県知事 公印	

切り離し無効

医療機関変更（追加）承認欄	
医療機関	
有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
承認年月日	平成 年 月 日 印
医療機関	
有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
承認年月日	平成 年 月 日 印
注 意 事 項	
<ol style="list-style-type: none"> 1. この証を交付された方は、保険診療を受けた場合、自己負担分を支払わないで、診療を受けることができます。 2. 保険医療機関において診療を受ける場合、被保険者証又は組合員証、特定疾病療養受領証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。 3. 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、15日以内に居住地の保健所等にその旨届け出てください。 4. 治ゆ、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外へ転出したときは、速やかに、居住地の保健所等に返却してください。 5. この証を破損したり、紛失したときには居住地の保健所等で再交付の手続きをしてください。 6. この証の有効期間満了後も引き続き医療を受けようとするときは、期間満了1ヶ月前までに居住地の保健所等で更新の手続きをとってください。 7. その他先天性血液凝固因子障害等の医療の受給に関する問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。 (保健所等) 	