

様式第1号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

特定疾患医療受給者証交付申請書						
申請区分	新規・更新 再交付・転入	受給者番号	●	●	●	●
受給者	フリガナ				性別	男・女
	氏名					
	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日 (満 歳)	職業		
	郵便番号	〒	—	電話番号	()	—
	住所					
加入	加入	保険種別 (該当箇所に○印)	協会・組合・船員・ 共済・国保・退職・ 後期・その他 ()	併用保険 (該当する場合に○印)	介護	
		被保険者証 発行機関	名称			
	医療	被保険者証の 記号番号等				
		被保険者氏名			受給者との続柄	
病名						
申請者	フリガナ				受給者との続柄	
	氏名					
	郵便番号	〒	—	電話番号	()	—
住所						
受療医療機関名			所在地		特定疾患契約番号 (担当者が記入)	
上記のとおり特定疾患医療受給者証の交付を申請します。 年 月 日 静岡県知事 氏 名 様						