

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									
	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	保 険 種 別 (該当箇所○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○印)		介護			
		被保険者証 発行機関	名 称							
			所 在 地							
		保 險	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 様										