

| 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書             |                     |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|--|-------|---------------------|-------|------------------|--|--|--|
| 申請区分                                |                     | 新規・更新<br>再交付・転入                     |  | 受給者番号 |                     |       |                  |  |  |  |
| 受                                   | フリガナ                |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
|                                     | 氏名                  |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 給                                   | 生年月日                | 年 月 日 (満 歳)                         |  |       | 職 業                 |       |                  |  |  |  |
|                                     | 郵便番号                | 〒 ー                                 |  | 電話番号  |                     | ( ) ー |                  |  |  |  |
|                                     | 住 所                 |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
|                                     | 加入医療保険<br>(該当箇所に○印) | 政管・組合・船員・<br>共済・国保・退職・<br>後期・その他( ) |  |       | 併用保険<br>(該当する場合に○印) |       | 介護               |  |  |  |
| 者                                   | 保険の区分<br>(該当箇所に○印)  | 被保険者本人・被保険者の家族等                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 病 名                                 |                     |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 申                                   | フリガナ                |                                     |  |       |                     |       | 受給者との続柄          |  |  |  |
|                                     | 氏名                  |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 請                                   | 郵便番号                | 〒 ー                                 |  | 電話番号  |                     | ( ) ー |                  |  |  |  |
|                                     | 住 所                 |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 受 療 医 療 機 関 名                       |                     |                                     |  | 所 在 地 |                     |       | 契約番号<br>(担当者が記入) |  |  |  |
|                                     |                     |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 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                               |                     |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |
| 静岡県知事 鈴木 康友 様                       |                     |                                     |  |       |                     |       |                  |  |  |  |