

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

受給者	フリガナ		性別	男・女	
	氏名				
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	個人番号				
	住所	〒 - (電話) - -			
	加入医療保険	保険種別	社保・国保・共済・国保組合・後期高齢		
		保険者名			
		被保険者氏名		受給者との続柄	
記号・番号					
申請者	氏名	※受給者と同じ場合は記載不要		受給者との続柄	
	住所	〒 - (電話) - -			
病名					
医療機関	名称		所在地		
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。					
令和 年 月 日					
長崎県知事 様					