様式１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2025.1

|  |
| --- |
| 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 | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | 新規　・　継続 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　－　　　TEL　　　　－　　　－ |
| 加入医療保険 | 被保険者等氏名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 保険種別 | 健康保険組合　　　共済組合　　　全国健康保険協会国民健康保険　　　船員保険　　　その他（ 後 ・ 介 ） |
| 記号・番号 |  |
| 保険者名 |  |
| 所在地 |  |
| 申請者 | 氏名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 住所 | 〒　　　－TEL　　　　－　　　－ |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 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。申 請 者 氏 名 年　　月　　日広島県知事　様 |