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 | | | | | | | | | | | | |