様式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 |  |  |
| 生年月日 |  |  年 　月 日 |
| 住 所 | 〒  　 （電話） 　（ 　 ）  |
| 医療保険 | 被保険者氏名 |  | 受給者との続柄 |  |
| 保険等種別 | 国保・国保組合・後期高齢・健康保険協会健康保険組合・共済組合・船員保険 |
| 記号･番号 |  |
| 保険者名 |  |
|  | 氏 名 |   | 受給者との続柄 |  |
| 住 所 | 〒  　 （電話） 　（ 　 ）  |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |

|  |
| --- |
| 　　 年 月 日香川県知事 殿上記のとおり、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 　　　　　　　　　　　　　　　　  |