

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	フリガナ氏名			
	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		
	申請者	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			
香川県知事 殿				
年 月 日				
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				