

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			性別	男・女
	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			
被保険者証の 記号・番号					
被保険者証 発行機関名					
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				
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 _____					