

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	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	職業	
	住所	(〒 -) (電話) ()			
	加入医療保険	被保険者等氏名			受給者との続柄
保険等種別		政・組・船・共 国・後・介	被保険者証の 記号・番号		
被保険者証 発行機関名					
所在地					
申請者	氏名			受給者との続柄	
	住所	(〒 -) (電話) ()			
病名					
医療機関	名称				
	所在地	(〒 -) (電話) ()			
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p>長崎県知事様</p>					

- (注) 1. この申請書には、住民票及び所定の書類を添付して下さい。
(併院の方は住民票の省略可)
2. この申請書は、長崎県国保・健康増進課 (〒850-8570 長崎市尾上町3-1) へ提出して下さい。