

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	ナガサキ タロウ 長崎 太郎	性別	男・女
	生年月日	47年 月 ×日 大正・昭和 平成 令和	職業	会社員
	住所	(〒852-0000) (電話)090(1123)4567 長崎市 町 番地号	連絡が見つかる番号を記入してください! - ではなく、住民票の記載どおりに。『 番地号』と。	
	加入医療保険	被保険者等氏名 長崎花子	受給者との続柄	母
申請者	氏名	長崎 太郎	受給者との続柄	本人
	住所	(〒852-0000) (電話)095(123)4567 長崎市 町 番地号		
病名	ご本人が受給されている病名をご記入ください			
医療機関	名称	病院		
	所在地	(〒850-0000) (電話)095(000)0000 福岡県 ×市 区 丁目××		
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。				
令和 年 月 日				
申請者氏名 長崎 太郎				
長崎県知事 様				

現在加入している保険です。

『被保険者』の氏名です。
なお、国民健康保険・後期高齢の保険加入の方は、被保険者は《本人》となりますのでご注意ください!!

意見書を書いた医療機関を記入してください

(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。

別途文書をご覧頂き、必要な書類を揃えて提出してください

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番1号

あて、提出して下さい。

(様式1号)

受給者証に医療機関を追加するための申請です (新規 併院)

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	ナガ サキ タロウ 長 崎 太 郎	性別	男・女
	生年月日	大正・昭和 47年 月 ×日 平成・令和	職業	会社員
	住所	(〒852-0000) (電話)095(123)4567 長崎市 町 番地号		
	加入医療保険	被保険者等氏名 長崎花子	受給者との続柄 母	
	保険等種別	政・組・船・共 介	被保険者証の記号・番号	1234567・89
	加入医療保険	『被保険者』の氏名です。 なお、国民健康保険・後期高齢の保険加入の方は、被保険者は《本人》となりますのでご注意ください!!!		
	加入医療保険	健康保険協会 支部		
	加入医療保険	所 在 地	市 町×× ××	
申請者	氏名	長崎太郎	受給者との続柄	本人
	住所	(〒852-0000) (電話)095(123)4567 長崎市 町 番地号		
病名		ご本人が受給されている病名をご記入ください		
医療機関	名称	病院		
	所在地	(〒850-0000) (電話)	新しく追加(受診)する医療機関を記入してください	
所在地		福岡県 ×市 区 丁目××		
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。				
令和 年 月 日				
申請者氏名 長崎太郎				
長崎県知事 様				

現在加入している保険です。

『被保険者』の氏名です。
なお、国民健康保険・後期高齢の保険加入の方は、被保険者は《本人》となりますのでご注意ください!!!

新しく追加(受診)する医療機関を記入してください

ここで医療機関を追加します

(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) ← 併院申請の場合は、住民票不要
 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。