

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

“受給者番号”がご不明な場合は、空欄のままご提出いただいで構いません。
公費負担番号は、51427011と決まっています。

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証	公費負担者番号	5	1	4	2	7	0	1	1
	受給者番号		9	9	0	0	×	×	×

受給者	住所	〒 850 - 8570		電話番号 (095) 000 - 0000	
		長崎市尾上町〇番×号 ←		※7桁の「ナ」・「ハ」名など、できるだけ詳しくご記入ください	
	(フリガナ)氏名	ナガサキ	ハナコ	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日
	疾患名	第Ⅶ因子欠乏症(血友病A)			

医療受給者証に記載されている医療機関名	〇〇大学病院 (所在地:長崎県〇×市△△町2-3)
	医療法人〇〇会 □□病院 (所在地:福岡県〇〇市××町1丁目2-3)
	現在、受給者証に登録をしている病院を記載してください。受給者証に登録してある医療機関以外での受療はできません。(他の医療機関を受診される際は、別途申請が必要です。)

再交付申請する理由	例: 破損・汚損のため 紛失したため 等
-----------	----------------------------

上記のとおり(先天性血液凝固因子障害等医療受給者証)の再交付を申請します。

令和 年 〇月 ×日

申請者 住所 長崎市尾上町〇番×号

氏名 長崎 花子

印 (受給者の本人)

長崎県知事様

押印をお忘れなく!

受付印