

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	(〒 ー ) (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	(〒 ー ) (電話) ( )		
病名				
医療 機関	名称			
	所在地	(〒 ー ) (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 <span style="float: right;">印</span></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番1号) へ提出して下さい。