様式第１号（第８の１関係）

|  |  |
| --- | --- |
|  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 |  |   |
|  生年月日 |   　　 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 |  協・組・船・共・国・後 共 ・ 国 ・ 後 |  |
|  被保険者証の 記号・番号 |   |
|  被保険者証の 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 |  |
|  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。 　　 年 月 日 申請者氏名  愛媛県知事 中村　時広 様 |