

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(記入例)				
受給者	フリガナ 氏名	エビ タロ 愛媛 太郎		
	生年月日	昭和 60 年 11 月 11 日	職業	会社員
	住所	〒790-8570 愛媛県松山市一番町4-4-2 <u>(電話) 089 (941) 2111</u>		
	加入	被保険者等氏名 エビ タロ 愛媛 太郎	受給者との 続柄	本人
医療 保険	保険等種別	協・ <input checked="" type="radio"/> 組・船・共・国・後		
	被保険者証の 記号・番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9		
	被保険者証の 発行機関名	〇〇健康保険組合		
	所在地	愛媛県松山市一番町4-4-2		
申請者	氏名	エビ タロ 愛媛 太郎	受給者との 続柄	本人
	住所	〒790-8570 愛媛県松山市一番町4-4-2 <u>(電話) 089 (941) 2111</u>		
病名	血友病A			
医療 機関	名称	愛媛県立中央病院		
	所在地	愛媛県松山市春日町83番地		
複数の医療機関の利用を希望する場合は、別紙のとおりと記入し、別紙に記載しても構いません。				
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。				
令和〇〇年〇月〇日 愛媛県知事 中村 時広 様		申請者氏名 愛媛 太郎		
申請者名は自署としてください。				