

様式第1号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書					
1 新規		2 更新		3 医療機関変更・追加	
受 給 者	フリガナ 氏 名			性 別 男 ・ 女	
	生 年 月 日	年 月 日		職 業	
	住 所	〒		電 話	
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との 続柄
		保険等種別	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ （後・介）		
被保険者証 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			電 話	
医 療 機 関	所 在 地	〒			
	名 称			診療科目	
	所 在 地	〒			
	名 称			診療科目	
	所 在 地	〒			
	名 称			診療科目	
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。 年 月 日 申請者氏名 福井県知事 様					
郵送による受給者証の交付を <input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない					

注1 新規・更新については、診断書（様式第2号）、健康保険証の写し、および特定疾病療養受療証の写し（血友病A、血友病Bの方のみ）を添付してください。

2 医療機関変更・追加については、医療機関変更・追加意見書（様式第8号）を添付してください。

3 郵送による受給者証の交付を希望される場合は、申請者のあて先を記した封筒を添付してください。