

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			受給者番号 (注3)		
	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	電話		
	住所	〒				
	加入医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	
		保険種別	協・組・船・共・国・後・(介)			
記号・番号						
保険者名						
申請者(注4)	氏名			受給者との続柄		
	住所			電話		
医療機関	名称					
	所在地	〒				
	名称					
	所在地	〒				
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p> <p>福井県知事 様</p>						

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 新規申請の方は記入不要です。

4 受給者と同一の場合は記入不要です。