

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		<input type="checkbox"/> 郵送による受給者証の交付を希望する <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。