様式１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |  | | | 性 別 | | | 男 ・ 女 | | |
| 生年月日 |  | | 年 　月 日 | | | | | | |
| 住 所 | 〒    　 （電話） 　（ 　 ） | | | | | | | | |
| 医療保険 | 被保険者氏名 |  | | | 受給者との続柄 | | |  | |
| 保険等種別 | 国保・国保組合・後期高齢・健康保険協会  健康保険組合・共済組合・船員保険 | | | | | | | |
| 被保険者証の  記号･番号 |  | | | | | | | |
| 被保険者証  発行機関名 |  | | | | | | | |
|  | 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 |  | | | | | | | | |
| 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 年 月 日  香川県知事 殿  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。  申請者氏名 |