

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書（新規・継続）				
受	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	職業	
給	住所	(〒 -)		TEL. - () -
	者	加入医療保険	被保険者等氏名	受給者との続柄
		保険等種別	協・組・船・共・国・後・その他 ()	記号・番号
		被保険者証発行機関名	保険者番号	
所在地				
申	氏名			
	住所	(〒 -)		TEL. - () -
医 療 機 関	名称		受療診療科	
	所在地			
	名称		受療診療科	
	所在地			
	名称		受療診療科	
	所在地			
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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 年 月 日 申請者氏名 </div> 和歌山県知事 様				
申請時の入・通院の別		入院・通院	申請時の診療科	
前回承認期間	年 月 日～ 年 月 日		前回受給者番号	

添付書類 1 診断書（別記第1号様式の2）
 2 住所の確認できるもの（写し）
 3 特定疾病療養受療証（写し）（対象疾患のみ）
 記入上の注意 申請者は、新規又は継続の該当区分を○で囲んでください。

保健所 受付印		本 庁 受付印	
------------	--	------------	--