

(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（新規・更新） | | | | | | | | |
|--|----------------|-----------------------------|---|-----------------|-------------|----|-------|----|
| 受給者 | ふりがな | | | 性別 | 男・女 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明 大 昭 平 | 年 | 月 | 日 | 職業 | | |
| | 住所 | 山梨県 | 郡 | 市 | 町 | 村 | 番地(電話 | 番) |
| | 加入 医療 保険 | ふりがな | | | 受給者との 続柄 | | | |
| | | 被保険者氏名 | | | | | | |
| 保険種別 | | 国保・退職・国組・協会 組合・共済・その他・後期 | | 被保険者証の 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 | 山梨県 | 郡 | 市 | 町 | 村 | 番地(電話 | 番) |
| 病名 | | | | | | | | |
| 発病年月日 | 年 | | 月 | 日頃 | 不明 | | | |
| 医療機関 | 名称 | | | | | | | |
| | 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。 | | | | | | | | |
| 申請者氏名 ㊟ | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | |
| 山梨県知事 殿 | | | | | | | | |

※ 申請者には患者本人、又は保護者並びに代理人がなること。

※ 実施要領9（2）による書類（医師の診断書、住民票の写し等、特定疾病療養受給者証、その他）を添えること。