

記入例

(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	氏名	ふりがな こうふ たろう 甲府 太郎	性別 男・女
	生年月日	明大略平 54年 3月 21日	職業 自営業
	住所	山梨県 甲府 郡 相生 町 2-17-1 番地 (電話 055-237-2505 番) 市 村	
加入医療	加入	ふりがな こうふ たろう 被保険者氏名 甲府 太郎	受給者との続柄 本人
	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 記号・番号 12345678
	被保険者証 発行機関名	全国健康保険協会 山梨支店	
受給者	所在地	甲府市丸の内3-32-12	
申請者	氏名	甲府 太郎	
	住所	山梨県 同上 郡 町 番地(電話 番) 市 村	
病名	血友病 A		
発病年月日	昭和 60年 4月 日頃 不明 平成		
医療機関	名称	山梨大学医学部附属病院	
	所在地	中央市下河東1110	
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	甲府 太郎
令和 年 月 日			押印
		印を忘れないでください。 (認印で構いません)	
山梨県知事 殿			

受給者と同じ住所であれば住所欄は同上でも構いません。

国保:国民健康保険
退職:国民健康保険(退職)
国組:国民健康保険組合
協会:全国健康保険協会
組合:健康保険組合
共済:共済組合
後期:後期高齢者医療広域連合

現在、受診している医療機関を全て書いてください。

※ 申請者には患者本人、又は保護者並びに代理人になること。

※ 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。