

(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（再交付）						
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					印	
令和 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。