

様式第1号

## 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者 住所 .....

氏名 .....

受給者との続柄 .....

下記のとおり、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。

受給者	ふりがな 氏名	.....			
	生年月日	年 月 日	職業		
	住所	〒 - Tel ( ) -			
加入医療保険	保険種別	政組船共国退後	被保険者氏名		
	保険者コード		受給者との続柄	1 本人 ・ 2 家族	
	記号		番号		
	被保険者証発行機関名		所在地		
病名					
医療機関	名称 診療科		医療機関 コード		
	所在地	〒 - Tel ( ) -			

先天性血液凝固因子障害等治療意見書及び本人の住民票を添付してください。