

受給者番号	9	9					
-------	---	---	--	--	--	--	--

**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	フリガナ			性別	男 ・ 女	職業			
	氏 名								
	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 年 月 日 ( 歳 )							
	住 所	〒 TEL ( ) -							
	加 入 医 療 保 険	被保険者氏名				受給者との続柄			
		保 険 種 別	協会・組合・船員・共済・国保 ( 組合・一般・退職 ) ・後高						
		記号・番号							
		被保険者証 発行機関名							
		所 在 地							
	他の法令による国又は市町村等の負担による医療受給資格		有 ( ) ・無			年 月 日から			

受診医療機関	名 称	診療科名						
	所 在 地							
	名 称	診療科名						
	所 在 地							
	名 称	診療科名						
	所 在 地							
	名 称	診療科名						
	所 在 地							

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

〒

住 所

申請者

氏 名

(受給者との続柄 )

富山県知事 石井 隆一 殿

添付書類	(1) 医師の診断書 (様式2号) (2) 特定疾病療養受療証の写し等 (3) 住民票等	保健所 ・ 厚生センター受付欄
------	--	-----------------