

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 () -							
給者	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			制度名 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 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) 住民票等の写し又は住所が確認できる健康保険証等の写し	保健所 ・ 厚生センター受付欄
------	--	-----------------