

# 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	ふりがな	こうふ たろう	
	氏名	甲府 太郎	
	生年月日	明大略平 54年 3月 21日	性別 男・女
	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	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	
医療	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	
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 市 村	受給者の 番地( )
病名	血友病 A		
発病年月日	昭和60 年 4 月 日頃 不明		
医療機関	名称	山梨大学医学部附属病院	山梨県立中央病院
	所在地	中央市下河東1110	甲府市富士見 1-1-1
上記のとおり、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を申請するに当たり、現在、受診している医療機関を <u>全て</u> 書いてください。			
申請者氏名		甲府 太郎	押印 <sup>㊞</sup>
令和 年 月 日		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  
※保険証を見ながら書いてください。

現在、受診している医療機関を全て書いてください。

印を忘れないでください。  
(認印で構いません)

※ 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。