

(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
加入	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	被保険者証の	記号・番号	
	被保険者証発行機関名				
保険	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
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					㊟
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。