

(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			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 組合・共済・その他・後期	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 ㊟					
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。

※ 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。