

別記様式第1号

整理番号※		公費負担医療の受給者番号※	9	9					
有効期間※	年 月 日 ~ 年 月 日								

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

受給対象患者	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏名							
	住所	〒						
	電話番号	() -			性別	男・女		
加入医療保険	保険種別	協・組・その他・船共・国・退・後	保険区分	本人・家族	被保険者氏名(記号番号)			
	保険者の名称及び番号				保険者の所在地			
	附加給付	有・無	附加給付支給基準					
治療状況	入院	年 月 日 ~			通院	年 月 日 ~		
受診医療機関	医療機関の名称				医療機関所在地			
連絡先	連絡方法	郵送・電話・来所・その他 ()						
	フリガナ 連絡先氏名				連絡先 電話番号	() -		
	連絡先住所	〒				受給者との 続柄		
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>電話番号</p> <p>氏名</p> <p>受給者との続柄 栃木県知事 様</p>								

(注意事項)

- 1 ※欄は記入しないでください。
- 2 申請の際は、次の書類を添付してください。ただし、小児慢性特定疾患治療研究事業の対象者であった方がこの申請を行う場合は添付を省略することができます。
 - 1 医師の診断書(様式は自由)
 - 2 保険証写し等の住所等を確認できる書類