

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証継続交付申請書（記入例）				
受	フリガナ 氏名	エヒメ タロウ 愛媛 太郎		
	生年月日	S 60年 11月 11日		職業 会社員
	住所	〒790-8570 愛媛県松山市一番町4-4-2		昼間、連絡がとれる番号を記載 (電話) 090 (****) 2111
給 入 者	加入 被保険者等氏名	エヒメ タロウ 愛媛 太郎		受給者との 続柄 本人
	加入 保険等種別	政 (組) 船・共・国・後		
	医療 被保険者証の 記号・番号	123 456789		
	医療 被保険者証の 発行機関名	〇〇健康保険組合		
	医療 所在地	愛媛県△市〇〇町666-2		
申 請 者	氏名	エヒメ タロウ 愛媛 太郎		受給者との 続柄 本人
	住所	〒790-8570 愛媛県松山市一番町4-4-2		昼間、連絡がとれる番号を記載 (電話) 090 (999) 2111
医 療 機 関	名称	(受給者証の医療機関をすべて記載してください。) (例) 愛媛県立中央病院		
	所在地	松山市春日町83番地		
	名称	・・・病院		
	所在地	〇〇市・・・町111番地		
	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。				
令和□年○月△日		申請者氏名 愛媛 太郎		自署の場合は 印鑑不要です。
愛媛県知事		中村 時広 様		

※申請者が患者本人以外の場合は委任状を添付してください。