

様式第1号

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書										
申請区分	新規 ・ 更新		受給者番号 <small>(更新のみ記入)</small>							
対象患者	フリガナ 氏 名									
	生年月日	年	月	日生	職	業				
	住 所	〒 _____ (電話番号 _____) (日中連絡が取れる電話番号 _____)								
	加 入 医 療 保 険	被保険者等氏名				受給者との 続 柄				
		保 険 種 別	全国健康保険協会 ・ 健康保険組合 ・ 共済組合 ・ 国民健康保険 ・ 国民健康保険組合 ・ 後期高齢者医療広域連合							
記号・番号										
保 険 者 名										
	所 在 地									
病 名										
医 療 機 関	名称				所在地					
<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: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (対象患者) 住所 氏名</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>										
申請手 続等を 委任す る場合	<p>私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限を次の者に委任します。</p> <p>受任者 住 所 _____ 氏 名 _____ (対象患者との続柄 _____) 電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">申請者 (対象患者) 氏 名 _____</p>									

備考 「申請区分」及び「保険種別」については該当するものを○で囲むこと。