

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

										記載事項変更用			
負担者番号		5	1	4	5	7	0	1	8	受給者番号			
受給者	住所 (〒 -)		電話										
	ふりがな 氏名								性別	男・女			
	生年月日		明・大・昭・平 年 月 日						職業				
	加入医療保険 <small>※変更がある場合のみ記入</small>		被保険者氏名						受給者との続柄				
		保険等種別		協・組・船・共・国・後				保険者名称					
		記号・番号											
医療機関			名称						所在地				
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
医師意見	疾病名												
	治療研究の方法又は、 継続を必要とする理由												

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(本人) 住所
氏名

宮崎県知事 殿

(注意)

- 1 加入医療保険の情報につきましては、変更がない場合は記載不要です。
- 2 加入医療保険に変更がある場合は、変更後の医療保険の資格情報が確認できる書類が必要です。
- 3 医療機関は今回追加する医療機関のみの記載で構いません。
- 4 追加する医療機関は、原則申請日(=当申請書に記載された日付)から有効となります。