第５号様式

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

受給者	フリガナ 氏　名		性別	男・女
	生年月日	明・大・昭・平　　年　月　日		
	住　所	（〒　　―　　） 電話（　　）　　―		
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄
		保険種別	協・組・共・国保・後・介	
		被保険者証の記号・番号		
		被保険者証発行機関名		

公費負担番号	5	1	2	6	7	0	1	1
受給者番号								

医療機関	所在地			
	名　称			
病　名				

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。

年　　月　　日

京都府知事　様

申請者　住　所　（〒　　―　　）

氏　名　　㊞

受給者との続柄（　　）

電話（　　）　　―