

第2号様式

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 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					
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 ( - ) -						