

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	(〒 ー) 電話 () ー				
	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						
<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>年 月 日</p> <p>京都府知事 様</p> <p>申請者 住 所 (〒 ー)</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>受給者との続柄 ()</p> <p>電話 () ー</p>						