

様式第1号 (第8の1関係)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書					
受	フリガナ 氏名				
	生年月日	年 月 日	職業		
	住所	(電話) ()			
給 者	加入	被保険者等氏名		受給者との 続柄	
		保険等種別	協・組・船・共・国・後		
	医療 保 険	被保険者証の 記号・番号			
		被保険者証の 発行機関名			
		所在地			
申請者	氏名		受給者との 続柄		
	住所	(電話) ()			
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>年 月 日 申請者氏名</p> <p>愛媛県知事 中村 時広 様</p>					